

— ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES
JOURNAL
DE
L'ALIÉNATION MENTALE
ET DE
LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS



ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL DESTINÉ A RECUEILLIR TOUS LES DOCUMENTS

RELATIFS A

L'ALIÉNATION MENTALE

AUX NÉVROSES

ET A LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

FONDATEUR

D^r J. BAILLARGER

Médecin honoraire de la Salpêtrière, membre de l'Académie de médecine

RÉDACTEUR EN CHEF

D^r ANT. RITTI

Médecin de la Maison nationale de Charenton.



HUITIÈME SÉRIE — TOME QUATRIÈME

CINQUANTE-QUATRIÈME ANNÉE

PARIS

MASSON ET C^{ie}, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 120

1896

90.152

L'ALIÉNATION MENTALE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Chronique

Le projet d'Union des médecins aliénistes.

Dans le courant de mai nous avons reçu, et nous supposons que tous nos confrères aliénistes ont reçu, comme nous, une circulaire ainsi conçue :

UNION DES MÉDECINS ALIÉNISTES

A la suite de certains incidents survenus pendant les différents Congrès de médecine mentale, un groupe important de médecins aliénistes de la carrière s'est constitué en vue d'étudier tout spécialement un projet d'Union, peut-être même de Syndicat, destiné à prendre sérieusement en mains les intérêts généraux et particuliers des membres de la corporation, la défense de leurs droits (si souvent méconnus pour les uns et centuplés pour les autres).

Une réunion intime aura lieu, la veille de l'ouverture du Congrès de 1896, dans un local déterminé, qui sera indiqué aux membres du Congrès.

Cette circulaire, qui tend à la réalisation d'un projet que nous regardons comme très utile pour la corporation des médecins aliénistes, ne pouvait manquer de nous plaire. Nous avons applaudi ceux qui ont pris

l'initiative de l'envoyer, nous leur donnons notre assentiment, et nous avons confiance que tous les aliénistes français auront fait comme nous.

Nous avons cependant à y faire des observations qu'on nous permettra d'indiquer.

Un reproche dont elle nous paraît passible, c'est d'être anonyme. Ses auteurs, que nous regrettons de ne pas connaître, ont eu tort, à notre avis, de ne pas la signer. Pourquoi ne l'ont-ils pas fait? Est-ce réserve, discrétion, timidité, crainte d'offusquer? Est-ce tout autre motif? Mais leur intention est si bonne que personne n'aurait pu prendre ombrage de leur initiative. L'anonymat court un bien autre danger : celui d'inspirer la défiance. On se demande qui est caché derrière. On craint d'être devant un bloc enfariné ne disant rien qui vaille. Des noms, au contraire, sont à la fois un encouragement et un but de ralliement. Nous engageons donc les auteurs de la circulaire, lorsqu'ils nous enverront les communications ultérieures qu'ils nous annoncent, à nous dire qui ils sont, et les connaissant, nous les suivrons plus volontiers.

Ils proposent de tenir, avant l'ouverture du Congrès, une réunion préparatoire. Peut-être sera-t-il difficile, à un certain nombre d'entre nous, d'arriver ainsi un jour plus tôt qu'il n'a été prévu. Cependant, il faut bien reconnaître qu'une réunion préparatoire est susceptible de donner de bons résultats et d'avancer beaucoup les choses. Mais ne faudrait-il pas que le programme de l'Union future fût ébauché, qu'on en ait d'avance spécifié le but et l'objet? Ne serait-il pas bon également que les futurs associés de l'Union puissent, dès maintenant, donner une adhésion préliminaire? Cette adhésion n'engagerait pas encore d'une manière définitive ; mais elle indiquerait ceux sur qui l'on peut compter pour marcher de l'avant.

Et ici encore se montre la nécessité, pour les auteurs de la circulaire, de donner leurs noms, car c'est à eux naturellement que les adhésions dont il s'agit pourraient être envoyées.

Il nous font entrevoir l'éventualité de la constitution d'un syndicat des aliénistes français. Sur ce point nous avons le regret de n'être nullement en communauté d'idées avec eux. Ni le mot de syndicat, ni la chose ne nous disent rien de bon.

Qu'est-ce en effet, qu'un syndicat? Abstraction faite des définitions données par les dictionnaires; abstraction faite de la définition donnée par les lois récentes qui en ont déterminé l'objet et consacré l'existence, un syndicat est en réalité une sorte de machine de guerre; il implique désormais un esprit de lutte, d'agression ou de résistance; en outre, il est, de son essence même, oppresseur pour ceux qui s'enrôlent sous sa bannière.

Contre qui les aliénistes pourraient-ils vouloir guerroyer? Est-ce les uns contre les autres? Qu'on ne vienne pas alors parler d'union. Est-ce contre le public? Ils n'ont presque rien à faire avec lui. Est-ce contre l'État qui les emploie, dont pour la plupart ils sont les fonctionnaires? Ils courraient grand risque de s'y briser. D'ailleurs, si nous ne nous trompons, l'État jusqu'ici a énergiquement refusé à ses fonctionnaires, à ses employés, la liberté de se syndiquer contre lui.

On ne peut méconnaître, du reste, que l'institution des syndicats, partie d'un excellent principe, est en train de s'avilir par l'usage qu'on en fait. Les aliénistes ne doivent pas oublier qu'ils sont d'une profession libérale, et qu'ils risqueraient d'abaisser leur dignité s'ils se constituaient en une de ces Sociétés syndicales dont la tendance invincible est d'être anti-libérales et oppressives.

La circulaire emploie un mot qui, à tous égards, est

bien préférable et qui est d'une signification tout autre : celui d'Union. Et, en effet, une simple et bonne union des médecins aliénistes, faisant concourir tous et chacun au bien particulier comme aux intérêts généraux des membres, mais laissant à chacun sa liberté individuelle, est bien ce qu'on peut désirer de mieux.

A quoi vise-t-on, en effet :

D'une part, à relier entre eux les aliénistes français, à leur donner des relations réciproques, une cohésion qui leur manque ; à créer entre eux des liens qui fassent qu'à l'occasion, s'ils se trouvent en présence de difficultés graves, ils puissent mutuellement se rendre de bons offices.

D'autre part, et grâce à leur cohésion même, à leur permettre de préparer, de hâter la solution de questions nombreuses, depuis longtemps pendantes, qui intéressent leur carrière, leur avenir, l'assistance des aliénés, la bonne administration des asiles. Telles sont, par exemple, les questions que nous avons déjà indiquées ailleurs et qui concernent le recrutement du personnel médical des asiles, l'avancement régulier dans la carrière, l'établissement des retraites pour le moment où l'âge, les infirmités, les accidents obligent à cesser le service actif, l'utilité de la séparation ou de la réunion des fonctions de directeur et de médecin d'un asile, la détermination des rapports entre ces deux ordres de fonctionnaires, et d'autres encore.

Ce n'est pas en exerçant une pression violente sur les pouvoirs publics ou sur l'opinion, mais bien en les sollicitant, en les éclairant d'une manière continue, patiente et progressive, qu'on parviendra à faire réaliser les progrès utiles. L'Union, sous ce rapport, devra se comporter comme le fait l'Association des aliénistes anglais qui, dans leurs statuts, indiquent, parmi leurs moyens d'action, d'adresser des pétitions au Parlement, d'en-

voyer aux pouvoirs constitués des délégations, des requêtes pour leur signaler ce qu'il serait bon de faire. Pour permettre d'en arriver là, pour exercer une action d'une efficacité suffisante, point n'est besoin d'un syndicat : l'Union suffit.

Assurément, il ne faut pas se faire illusion et croire que parce qu'il y aurait une Union des aliénistes, toutes les questions qui les concernent auraient leur solution du jour au lendemain. Mais il est difficile d'admettre que si cette Union, après avoir étudié à fond telle ou telle question, en saisisait opportunément les pouvoirs publics, elle ne finirait pas par s'assurer des chances de succès qui seraient nulles en dehors d'elle.

N'insistons pas là-dessus, car ce qu'il s'agit d'examiner, en ce moment, c'est moins les avantages d'une Union que de savoir ce que cette Union doit être et comment arriver à l'établir, et revenons à la circulaire.

Dans quel sens ses auteurs comprennent-ils que la réunion préparatoire proposée sera une réunion intime. Ils y convient les membres du prochain Congrès. Mais comme l'Union n'est destinée qu'aux médecins aliénistes, il s'ensuit qu'eux seuls doivent pouvoir y assister, à l'exclusion de tous autres congressistes. Cependant, il nous paraît naturel qu'on y admette ceux qui ont des liens d'affinité naturelle et directe avec la carrière, tels les inspecteurs généraux du service des aliénés, tels les professeurs de médecine mentale dans les Facultés ou les Écoles de médecine, tels encore les membres de la Société médico-psychologique.

Nous avons dit plus haut qu'il serait bien important qu'en arrivant à la réunion préparatoire dont il s'agit, les assistants pussent déjà trouver devant eux un projet ferme sur lequel ils auraient à faire porter leurs délibérations. La circulaire ne laisse rien pressentir à cet égard.

Si rien n'est préparé d'avance, la discussion risquera de s'égarer dans des généralités vagues et de n'aboutir qu'à peu de chose. Nous ne doutons pas que les promoteurs de la réunion y ont pensé et qu'ils ne laisseront rien aller à l'aventure.

S'ils n'avaient point pris les devants, les éléments de statuts que nous aurions proposés nous-même auraient été les suivants.

L'Union, aurions nous dit, a pour but :

De créer entre les médecins aliénistes de France des liens de bonne confraternité, de les amener à se connaître les uns les autres, et de maintenir parmi eux la dignité professionnelle.

D'étudier et de faire progresser la science des maladies mentales et tout ce qui s'y rattache, mais, principalement, le soin, la garde, le traitement des aliénés et l'amélioration de leur sort, l'organisation des asiles qui les reçoivent, les lois et les règlements qui les régissent.

De sauvegarder, autant que possible, les intérêts généraux et particuliers de ses membres, en donnant à ceux-ci l'appui moral dont ils pourraient avoir besoin, en contribuant à améliorer leur situation et les avantages de leur carrière.

Nous croyons que ces trois paragraphes contiennent implicitement tout ce à quoi l'Union peut être utile.

Ils ne sont pas, d'ailleurs, une innovation ; ils ne sont que l'application d'un programme que les aliénistes se sont tracé à eux-mêmes quand ils ont décidé d'instituer leurs Congrès annuels. Qu'on veuille bien, à ce sujet, se reporter au rapport substantiel, présenté par M. le D^r Lemoine au Congrès international de 1889, et à la suite duquel l'institution fut votée.

Après avoir rappelé que l'étude des questions de psychologie morbide tient dans le cadre des sciences

médicales une place qui va grandissant, et que le nombre des médecins qui s'occupent de ces questions est plus considérable qu'autrefois, M. le D^r Lemoine indiquait la grande importance qu'il y aurait pour les médecins aliénistes à tenir des réunions où ils pourraient s'occuper des besoins matériels et moraux des malades confiés à leurs soins. « Ils ont, disait-il, à s'occuper non seulement de science, mais aussi de questions administratives et économiques. Ces questions, avec tous les détails qu'elles comportent, ne se traitent bien qu'oralement, et leur étude, en établissant une solidarité plus grande entre les intéressés, ne peut que servir à fortifier l'esprit de corps qui les unit. » Il disait encore : « Les aliénistes sont sujets, du fait même de leurs obligations professionnelles, à des attaques aussi violentes qu'injustifiées, auxquelles il serait bon de pouvoir faire à l'occasion une réponse collective qui, tout en couvrant de son autorité la personnalité attaquée, substituerait à l'individu isolé, souvent mal placé pour se défendre, une association puissante et respectée. » Enfin, après avoir rappelé que, dans la plupart des nations voisines, les aliénistes ont des congrès; des associations, il terminait en disant : « En décrétant la fondation d'un congrès annuel, vous permettrez aux aliénistes français de se connaître et de s'unir, à la médecine mentale de faire des progrès plus rapides, et à la science française de tenir le rang qu'elle doit occuper vis-à-vis de l'étranger. »

En constituant l'Union dont il s'agit, les aliénistes ne feront donc que réaliser, dans son entier, le programme de 1889.

Nous ne pouvions nous empêcher, en relisant le rapport de M. le D^r Lemoine, de faire un retour vers le passé et de déplorer que nos congrès aient dévié de leur institution primitive. Nous avons pu, dans nos dernières

réunions, constater les inconvénients qui ont résulté de leur transformation. Elles ne répondent plus strictement à leur objet. Les aliénistes ont dû y sacrifier l'étude des questions d'ordre administratif et économique, qui sont pour eux d'un grand intérêt; ils ont dû donner moins de place aux questions qui concernent le soin, l'assistance, le traitement des aliénés, alors que ces questions devraient y être prépondérantes. La diffusion des matières a, en outre, amené un nombre de communications tel que leur lecture, écourtée, rapide, n'est presque plus qu'un défilé banal, excluant toute discussion fructueuse. On pourrait encore y relever d'autres défauts, et nous ne craignons pas de dire que, à notre avis, dans l'intérêt de tout le monde, il vaudrait mieux revenir strictement au programme des premiers congrès.

Il y a assurément bien d'autres détails dont les statuts de l'Union auraient à s'occuper : le mode et les conditions d'affiliation des nouveaux membres; la formation du conseil de direction de l'Union; la durée et la nature des fonctions des membres de ce conseil, etc. Quelques-uns de ces détails ne sont pas sans être d'une détermination délicate; mais il serait relativement facile de les préciser. Ce que la réunion préparatoire aurait peut-être de mieux à faire, après avoir jeté les bases essentielles de l'Union, ce serait de confier à quelques-uns de ses membres le soin d'établir et d'apporter ensuite à une réunion constitutive un projet de statuts ferme et complet.

Enfin, lorsque ces statuts auront été adoptés, que les adhérents de l'Union nouvelle se seront groupés, ils choisiront leur premier conseil de direction, et lui donneront la mission de solliciter les autorisations nécessaires pour que l'Union ait une existence légale, et quand viendrait ensuite une autre assemblée générale, elle

marquerait définitivement l'entrée de l'Union dans la vie pratique.

N'allons pas plus loin pour le moment.

Nous avons applaudi et nous applaudissons encore à l'initiative des auteurs de la circulaire; nous leur demandons de ne pas songer à la création d'un syndicat qui nous nuirait peut-être plus qu'il ne nous serait utile, et de ne viser qu'une Union dont nous pourrions tirer grand profit; nous leur demandons encore de se nommer à nous, afin que nous puissions mieux les suivre, et quand viendra la réunion préparatoire à laquelle ils nous convient, nous tâcherons de nous grouper en grand nombre autour d'eux, en disant : Vive l'Union !

VICTOR PARANT.

Psychologie.

QUELQUES RECHERCHES PSYCHOLOGIQUES

SUR

LE SENS DE LA VUE

CHEZ DEUX ENFANTS OPÉRÉS DE CATARACTE
DOUBLE CONGÉNITALE

Par MM. CL. VURPAS et H. EGGLI

Externes des hôpitaux de Lyon.

(Travail du laboratoire de la clinique des maladies mentales
de la Faculté de Lyon.)

Le hasard ayant réuni, l'hiver dernier, dans le service d'ophtalmologie de M. le professeur Gayet, chez qui nous avions l'honneur d'être alors stagiaires, deux jeunes enfants, âgés l'un de cinq ans, l'autre de quatre ans et demi, atteints tous deux de cataracte double congénitale, nous avons cherché à étudier expérimentalement, après l'opération sur ces deux sujets, les phénomènes psychiques dus à l'acquisition du sens de la vue.

Notre attention a été attirée tout d'abord sur un point qui, semble-t-il, avait été un peu laissé dans l'ombre et dont nous-mêmes n'avions pas de prime abord cherché la vérification. C'est la paresse du sens de la vue, que nous avons rencontrée chez nos sujets, et qui a persisté longtemps, même après l'opération de la cataracte. Nous avons été frappé de l'obstination qu'ils mettaient à ne pas vouloir se servir de leurs yeux et à

agir dans le monde extérieur comme par le passé, ainsi que du peu de plaisir qu'ils manifestaient d'avoir acquis la vision. Quant à la vérification de certaines conclusions mentionnées par les observateurs précédents, et en vue desquelles nous désirions surtout diriger nos recherches, telles que notion de l'espace, idées que les aveugles se font des couleurs, de la lumière, perception immédiate ou non de la forme des corps, du relief, etc., les expériences que nous avons pu faire à ce sujet ne nous ont pas donné toute la satisfaction désirable. Et cela, en raison du jeune âge des deux enfants et surtout de leur très faible degré d'instruction.

D'intelligence médiocre, même pour des enfants de cet âge, comprenant mal les questions les plus simples que nous pouvions leur poser, y répondant plus mal encore, nous n'avons presque rien pu obtenir de leur part sur plusieurs questions intéressantes. Et pour avoir quelques renseignements sur certains points, nous avons dû prendre une voie indirecte et faire des expériences à peu près purement objectives.

Le nombre de renseignements que nous pouvions espérer tirer de ces observations a donc été de la sorte beaucoup diminué. Il est vrai que, parallèlement à ces inconvénients, l'étude de ces sujets présentait de sérieux avantages. En un tel cas, le jeune âge du sujet et son intelligence peu développée ne lui permettent pas de tromper l'observateur. Son instruction et son éducation étant très rudimentaires, il ne répond pas d'après des connaissances antérieures, ni ne juge d'après son expérience passée. De plus, il se sert d'un sens nouveau, comme l'enfant s'en sert pour la première fois. En un mot, son instruction antérieure ne vient pas le guider dans l'éducation de ce sens, et il se rapproche davantage de l'être qui commence son éducation sensorielle.

Les conditions psychologiques sont également mieux :

respectées. N'étant pas averti de ce qu'on attend de lui, le sujet réagit d'une façon plus naturelle et plus vraie. La connaissance de ce qui doit se passer et l'imagination ne risquent pas d'entacher d'erreur les résultats.

Les expériences étant purement objectives, saisissent le phénomène sur le vif et au moment où il se produit, ne demandent rien à la mémoire du sujet observé et ne lui permettent pas ainsi de modifier, même inconsciemment, lorsqu'il l'expose au bout d'un certain temps, le phénomène perçu. Les résultats obtenus sont ainsi plus scientifiques, plus probants et plus certains.

En un mot, si une telle observation est moins complète et laisse beaucoup de points intéressants complètement dans l'ombre, elle a du moins le mérite d'être plus exacte et plus objective et, par conséquent, moins sujette aux erreurs multiples qui peuvent résulter de renseignements trop subjectifs.

Voici maintenant les quelques observations que nous avons pu prendre sur les deux jeunes enfants avant et après l'opération.

Le premier sujet est un petit garçon de cinq ans, Jean, orphelin de mère de bonne heure, et qui semble avoir été soumis, en raison du milieu où il a vécu, à des conditions hygiéniques assez défavorables. Il est amaigri, la face est pâle, un peu bouffie; aux membres, des déformations rachitiques, assez accentuées surtout aux genoux. Disons, dès maintenant, que la cataracte, cause chez lui d'une cécité presque complète, lui laisse néanmoins percevoir les couleurs. C'est d'ailleurs la seule notion que lui fournit le sens de la vue. Lorsqu'il rapproche son œil à 1 centimètre ou 1 centimètre et demi d'objets bien éclairés, il perçoit les couleurs franches et reconnaît ainsi le blanc, le noir, le jaune, le rouge, le bleu. Lorsqu'il regarde le soleil, il s'amuse à se donner des jeux d'ombre et de lumière avec ses

main, qu'il fait jouer à 25 ou 30 centimètres de ses yeux et dit alors voir des cocottes rouges, des oiseaux rouges.

Le second sujet, Louis, est un petit garçon de la campagne, âgé de quatre ans et demi, et ne comprenant que le patois. Sa mère déclare s'être aperçue de sa cataracte lorsqu'il avait trois mois. D'après elle, l'affection serait survenue à la suite de convulsions. L'état général de l'enfant est meilleur que celui du précédent ; seuls, les membres sont grêles avec un peu de rachitisme. L'enfant ne marche pas ; mais cela, semble-t-il, moins par faiblesse des membres inférieurs que par incapacité de se conduire.

L'aspect de ces enfants est typique. Le corps entier est animé de mouvements bizarres et incohérents ; la tête, le plus souvent baissée, se balance d'une épaule à l'autre. De temps en temps, elle se relève comme si l'enfant cherchait à voir la lumière. La face est le siège de grimaces continuelles et sans coordination ; les yeux roulent continuellement dans l'orbite, au point de dérober souvent complètement le cercle de l'iris. Comme la tête, le tronc est balancé alternativement à droite et à gauche. Les bras et les mains se promènent sans cesse de tous côtés, comme si l'enfant voulait connaître à chaque instant les corps qui l'entourent. S'il tient un objet, il le palpe en le retournant sur toutes ses faces, en même temps il le porte à sa bouche et y promène la langue.

Louis passe son temps assis sur les genoux de sa mère, à moins qu'il ne se tienne debout devant une chaise ; tout au plus va-t-il d'un meuble à un autre sans jamais quitter un appui quelconque.

Jean, au contraire, va et vient dans la salle, indifférent à l'obscurité qui y règne d'ordinaire ou au jour qu'on y laisse quelquefois entrer. Souvent il se met à

tourner plus ou moins vite sur lui-même en se balançant, et pendant un temps très long, sans éprouver le moins du monde, semble-t-il, de phénomènes de vertige.

Il porte fréquemment à la bouche son index et le mord, et cette habitude a déterminé une déformation de la masse musculaire de la première phalange de ce doigt. Il tient d'ordinaire dans les mains un objet quelconque qu'il tourne et retourne en tout sens en chantonnant ou en marmottant des syllabes incompréhensibles. Il semble complètement absorbé dans des idées, dont on a souvent peine à le tirer. Il ne répond pas à son nom, et l'on est obligé de forcer son attention sans réussir jamais à la fixer entièrement. Cette distraction, nous l'avons constatée chez le précédent, mais moins accentuée ; Jean ne répond aux questions que si on le presse, et encore ses réponses sont-elles incohérentes et manifestement faites pour se débarrasser. Il est évident que l'enfant se refuse à tout effort intellectuel pour suivre l'interrogateur. Il y a même plus, Jean oublie à chaque instant ce qu'il fait ou ce qu'il a dans la main pour passer brusquement à autre chose. C'est ainsi qu'après avoir reçu un gâteau avec plaisir, il le tient machinalement dans la main, s'amuse avec autre chose, et l'on est obligé de lui rappeler qu'il a un gâteau à manger.

Nous avons cherché à nous rendre compte de l'idéation chez le même enfant. Il dit bien avoir vu les objets dont il parle, mais il semble que ce ne soit là qu'une manière de parler empruntée au langage courant, et que le mot voir correspond chez lui à quelque chose de tout différent du sens que nous lui attribuons.

C'est ainsi que, lorsqu'on lui demande comment est le cheval, il imite son hennissement ; de même pour le chemin de fer, il imite le bruit d'un train, etc. C'est ainsi encore qu'il semble n'avoir retenu d'une visite faite à une ménagerie que des souvenirs auditifs. Quand on

lui demande comment sont les lions, il imite leur rugissement, etc.

Tel était l'état de nos petits malades avant l'opération de la cataracte, qui fut faite par M. le professeur Gayet dans son service de clinique ophtalmologique.

Immédiatement après l'opération, le pansement ordinaire, consécutif à toute opération de cataracte, fut appliqué et laissé en place pendant huit jours environ.

Lorsqu'on le leur enleva, et qu'ils virent pour la première fois le monde extérieur, il fut impossible de rien obtenir d'eux, sur les sensations nouvelles qu'ils éprouvaient.

De toutes nos questions aucune ne put être comprise et toutes restèrent sans réponse. Force nous fut de nous borner à étudier la façon dont ils réagissaient à la lumière. A notre grande surprise, aucune réaction psychique ne se produisit. Nos aveugles continuèrent à agir tout comme par le passé. Ce fut là, d'ailleurs, le fait le plus évident, la conclusion la plus manifeste, qui s'imposa à nous pendant toute la durée de ces recherches, à savoir qu'aucun changement ne se produisit dans leur manière d'agir. Toujours même attitude, mêmes mouvements inconsiderés, même façon de se rendre compte des objets environnants.

Nous avions pensé d'abord que l'extraction des cristallins pouvait être pour quelque chose dans cette indifférence. Mais, d'une part, on sait que les opérés de cataracte acquise voient et reconnaissent, immédiatement après l'opération et parfaitement, le monde extérieur, même sans le secours de lunettes; et, d'autre part, nos expériences ont été continuées assez de temps après l'opération, pour que l'habitude de la lumière ait déjà pu suppléer à ce défaut.

Nous eûmes un jour l'occasion d'observer, à son insu, Jean dans un vestibule, alors qu'il y avait environ une

semaine que son pansement était enlevé. Nous fûmes frappés de ce fait que, quoique depuis huit jours, il fût rendu à la lumière, rien n'était changé dans ses manières; il avait conservé les mêmes allures que précédemment.

Lorsqu'un objet se présentait à lui, il ne se servait nullement de ses yeux pour le prendre ou l'éviter, mais il détournait la tête, étendait le bras, le palpait en tous sens et portait la langue à sa surface. Nous avons fait alors l'expérience suivante :

Nous lui avons montré un gâteau, que nous avons ostensiblement mis à terre devant lui, en l'invitant à le prendre pour le manger. Tout comme par le passé, il le chercha en tâtonnant, à l'aveugle pour ainsi dire; mais il ne se servit nullement de ses yeux pour s'aider dans ses mouvements, ni même pour s'orienter dans la direction du gâteau.

L'enfant voit, mais ne veut pas se servir de sa vue. A peine, lorsqu'on le pousse, peut-on obtenir de lui qu'il regarde les objets rapprochés; mais, au delà de 25 centimètres, il est impossible d'obtenir de lui l'effort nécessaire. Dans une seconde expérience, nous avons réussi, en l'empêchant d'avoir recours à ses mains, à lui faire apercevoir un gâteau placé devant lui, à sa portée, et qu'il aurait parfaitement vu. Mais comme nous lui rendions l'usage de ses mains pour lui permettre de le prendre, il a aussitôt dévié les yeux et détourné la tête et l'a saisi, après quelques tâtonnements, comme avant l'opération.

Une nouvelle question se posait. Quelles sensations la lumière diffuse et même la lumière vive fait-elle éprouver à l'origine?

Contrairement à ce que pensent certains auteurs, il semble que la sensation ne soit pas douloureuse. Lorsque les deux enfants sortaient de la pénombre, qui règne habituellement dans la salle, et qu'ils venaient à la lu-

mière vive, ils semblaient n'éprouver aucune gêne, ils n'étaient pas éblouis et ne clignaient pas les yeux. Ils recherchaient d'ailleurs plutôt la lumière vive.

Louis semblait trouver plaisir à aller au jour, et Jean se promenait dans une salle ensoleillée sans en souffrir aucunement.

La lumière ne provoque donc pas une sensation pénible, mais plutôt agréable. Ce fait semble également démontré par la remarque suivante, qu'il nous a été donné de faire au cours de nos recherches. Lorsque nous placions nos sujets à la lumière vive, les expériences réussissaient mieux. Plusieurs fois, il nous fut possible de fixer les regards des jeunes enfants, sur un objet placé à la lumière vive, alors qu'il était absolument impossible d'obtenir ce résultat dans la pénombre de la salle.

La sensation visuelle n'est donc pas une sensation douloureuse; mais donne-t-elle, à l'origine, quelques renseignements sur le monde extérieur, et tout d'abord, sur la direction ?

Il semble qu'il n'en soit rien d'après l'expérience suivante :

Nous plaçons une orange devant Louis, à portée de sa main, et l'invitons à la prendre en s'aidant de la vue, ce qu'il nous fut d'ailleurs très difficile d'obtenir. Toutefois y étant parvenu, nous lui avons dit de saisir l'orange, en y portant directement la main sans la chercher en tâtonnant, comme il avait coutume de le faire. L'enfant étend alors brusquement le bras pour s'en emparer, mais il met la main à droite, à gauche, à côté de l'orange et ne va pas directement dans la direction exacte. Il la prend alors en tâtonnant. Il y a là un désaccord entre les sensations visuelles et le sens musculaire. Contrairement à ce qu'on pourrait penser, le sens musculaire ne trouve dans la vue (alors que

l'éducation de ce sens n'est pas encore faite) qu'un auxiliaire à peu près inutile.

Si la vue ne donne pas de renseignements sur la direction, en donne-t-elle sur la distance? Voici les deux expériences que nous avons faites à ce sujet :

On place une lumière à 3^m,50 de la main de Louis, et on lui dit de la prendre. L'enfant porte la main du côté de la lumière et cherche à la saisir toujours en tâtonnant comme par le passé. Il n'a donc pas plus la perception des distances qu'il n'a la perception de la direction.

La seconde expérience est encore plus frappante et plus démonstrative.

On place une orange à 1 mètre de l'œil de Louis, en face d'une fenêtre bien éclairée. L'enfant voit l'orange et fait, à plusieurs reprises, dans le vide, le mouvement de l'attraper, mais sans chercher à étendre le bras au delà de sa portée ordinaire. Alors on rapproche brusquement l'orange à 25 centimètres, de façon qu'elle se trouve placée entre l'œil et la main du sujet, et que les rayons visuels arrivent à l'œil sous le même angle d'incidence qu'anparavant. L'enfant la voit toujours, il fait le geste de la prendre, mais il la cherche cette fois au delà de sa position vraie, à la même place que précédemment. Il est donc évident que la notion des distances n'est nullement donnée par la vue.

Une nouvelle question se pose alors. Les données immédiates du sens de la vue nous permettent-elles de reconnaître le monde extérieur, c'est-à-dire les avengles, à qui l'on a rendu la vue, peuvent-ils reconnaître, par les seules sensations visuelles, ce qu'ils connaissaient déjà par les autres sens? Ici, il nous fut très difficile d'obtenir des réponses de nos sujets.

Les témoins affirment que Louis ne reconnaît les personnes qu'à la voix. Quant à Jean, lorsqu'on lui pré-

sente un objet usuel et qu'on lui demande quel il est, immédiatement il y porte les mains ; lorsqu'on lui tient les mains, il s'en approche comme pour mieux le voir, puis y porte la langue. Ce n'est qu'alors qu'il le nomme. Il semble ainsi que la vue seule ne permette pas de reconnaître des objets, que les sensations tactiles avaient rendus même familiers.

Si maintenant, nous voulons résumer les résultats de ces observations, voici ce que nous pourrions dire :

I. — La lumière ne provoque pas à l'origine de phénomènes douloureux, ainsi que l'avaient pensé certains auteurs, et la première sensation qu'elle engendre n'est pas une sensation pénible.

II. — La vision ne fournit à l'origine aucun renseignement ni sur la direction, ni sur la distance ; elle ne permet pas de reconnaître les corps, sur lesquels les autres sens nous avaient déjà renseigné, et elle n'est d'abord pour le sens visuel qu'un auxiliaire inutile.

Quant à savoir quelles sont les données immédiates du sens de la vue, au sujet du relief, de la forme, de la surface, de l'étendue, quelle notion les aveugles ont de la couleur, de la lumière, avant l'opération de la cataracte, et quel contraste il y a entre cette idée première qu'ils s'en formaient et l'idée vraie qu'ils en ont après l'opération ; quant à savoir comment ils s'imaginent l'espace, quelle représentation ils se font de la géométrie, etc., voilà autant de questions très intéressantes, sur lesquelles le faible degré d'intelligence et d'instruction de nos sujets ne nous a permis d'avoir aucun renseignement.

III. — La privation congénitale du sens de la vue ne gêne pas autant qu'on pourrait le penser le sujet atteint de cette affection, en raison de la suppléance d'un sens par un autre. C'est là d'ailleurs un fait général, que l'on retrouve également chez les sourds-muets.

Chez les aveugles, la vue est remplacée par la sensibilité tactile, l'ouïe, mais surtout, semble-t-il, par le goût ou plutôt par l'organe du goût, la langue, soit qu'ils recherchent les sensations gustatives pour mieux connaître les corps et les distinguer plus facilement les uns des autres, soit qu'à ce niveau, la sensibilité tactile soit plus développée qu'ailleurs, et permette d'établir entre des sensations très voisines des différences qu'autrement il leur serait impossible de constater.

Chez les sourds-muets, ainsi qu'il nous a maintes fois été donné de le constater, il semble que l'ouïe soit remplacée surtout par la sensibilité générale. C'est par ce mécanisme qu'ils ressentent les sons et arrivent, en quelque sorte, à les classer très grossièrement, ou plutôt à en distinguer diverses sortes. Ainsi, nous avons vu un sourd-muet de naissance distinguer parfaitement, les uns des autres, des bruits de tonnerre, de tambour, de voiture, de piano, il allait même jusqu'à établir des différences dans l'intensité des sons du piano, et cela, grâce aux nerfs de sensibilité générale, qui chez lui avaient atteint une finesse et une délicatesse remarquables.

IV. — Lorsque la vision a été rendue à ces deux jeunes aveugles, ils ne s'en servirent aucunement, et continuèrent à agir dans le monde extérieur tout comme par le passé.

Cette constatation est de la plus haute importance. Car si les aveugles, à qui l'on rend la vue, refusent de s'en servir, c'est qu'ils ne trouvent là aucun avantage, c'est que la vue ne les instruit et ne les aide aucunement dans la connaissance du milieu qui les entoure. En effet, si elle ne leur apprend rien ni sur la direction, ni sur la distance, comme nous venons de le constater, si, comme le dit Cheselden, elle ne leur permet pas de reconnaître la forme, le relief, l'étendue des corps, on comprend parfaitement qu'elle ne les renseigne nullement à l'ori-

gine sur la façon dont ils devront se comporter dans le milieu extérieur, et qu'ils la considèrent tout d'abord comme un auxiliaire inutile.

C'est là un fait capital. Car, d'une part, la vision n'étant d'aucune utilité pour qui n'a jamais vu, et d'autre part devenant le sens le plus commode, le plus instructif, le plus nécessaire, le plus indispensable pour qui est habitué à voir, il s'ensuit qu'à part la lumière et la couleur, qui semblent bien être des perceptions naturelles et qui, toutes seules d'ailleurs, ne donneraient aucun renseignement sur la façon de se diriger dans le monde extérieur, toutes les autres perceptions visuelles sont acquises, que par conséquent elles ne sont pas primitives mais secondaires, et qu'elles sont le résultat d'associations d'idées et de sensations, ce qui est la base de l'acquisition des perceptions, sur le mécanisme de laquelle nous n'avons pas à insister. Pour voir, il faut apprendre à interpréter les images perçues. Cette interprétation sera l'œuvre de l'éducation des sens, et elle devra se poursuivre et s'élever quand les besoins intellectuels le demanderont. Les erreurs, les manques d'interprétation sont des faits courants chez des gens dont la vision est normale. On sait que très souvent il faut expliquer à des enfants ou à des individus sans culture telle ou telle image, tel ou tel tableau qu'ils ne comprennent pas, incapables qu'ils sont d'interpréter les attitudes des personnages qui y sont représentés et de les synthétiser pour en déduire le sujet qu'a traité l'artiste et le sentiment qu'il a voulu exprimer.

La vue a donc besoin du secours des autres sens pour se former et prendre toute la valeur que nous lui connaissons.

Nous nous sommes demandé précédemment quels sens suppléaient à celui de la vue. Sans doute la question ainsi posée était légitime, puisque le rapport restait le

même. Mais en serrant les choses de près, il serait plus juste de dire, que c'est la vue qui supplée aux autres sens. Cette idée peut paraître bizarre, mais au fond il semble bien qu'elle soit l'expression de la vérité. Car les notions premières que nous avons des corps sont fournies par des sens plus simples, plus humbles, tels que le sens musculaire et surtout la sensibilité tactile. Ce n'est qu'ensuite que la sensation visuelle rappelle la sensation tactile, puis se substitue à elle, et la remplace définitivement, étant plus commode et plus rapide, comme le mot se substitue dans le langage à l'idée, comme à la lourde monnaie se substitue le billet de banque plus maniable.

La vue est ainsi un sens de perfectionnement infiniment utile et même nécessaire pour l'éducation de l'être et la connaissance du milieu qui l'entoure, mais non indispensable comme le seraient la sensibilité générale et tactile ou le sens musculaire, dont la privation entraînerait après elle des conséquences graves, et sans lesquels la vue perdrait sa valeur.

Pathologie

L'ALIÉNATION MENTALE

CHEZ LES ARABES

ÉTUDES DE NOSOLOGIE COMPARÉE

Par le Dr MEILHON

Ancien médecin-adjoint de l'asile public d'aliénés d'Aix,
Médecin préposé de l'asile d'aliénés de Montauban.

Suite (1)

DÉLIRE CHRONIQUE SYSTÉMATISÉ

Chez l'indigène, et surtout chez l'Arabe, nous rencontrons aussi le délire chronique à évolution systématique.

OBS. XLI. — Mok... ben Ham..., Arabe, né à Alger, sellier, puis douanier, marié, trente-cinq ans. Il entre une première fois à l'asile en janvier 1886 pour faiblesse intellectuelle et morale, prostration des forces physiques, et anémie très prononcée; obéissant à des idées délirantes, a eu des scènes fréquentes avec sa femme qu'il accuse de sorcellerie. Il sortait guéri en mai 1886. Cinq mois après, en octobre 1886, il était réintégré pour cause d'excitation avec impulsions homicides; peu communicatif, sombre, taciturne, il témoigne tout d'abord des idées de persécution, mais il refuse de s'expliquer sous prétexte que son histoire est connue de tous, et, par suite, il

(1) Voir les *Annales* de janvier-février, mars-avril et mai-juin 1896.

est inutile de la répéter; il s'isole, paraît de méchante humeur quand on lui cause, est sournois, méfiant, et pour des riens il entre dans de violentes colères; bientôt, il dénonce des hallucinations de l'ouïe en prétendant qu'on excite les malades à l'injurier, à se moquer de lui, et il menace le brigadier du quartier; parfois, il frappe la table à poings fermés; il exige les plus grands ménagements, croit qu'on parle de lui en mauvaise part, a des crises de larmes mêlées de colère. Un jour, après bien des entretiens infructueux, nous parvenons à lui faire déclarer ce qui suit: il nous avoue sur un ton plaintif, à voix basse, et non sans réticences, qu'il n'est pas fou et qu'il est retourné à l'asile pour cause de mal de tête; son existence avec sa femme était insupportable; poussée par les parents et les voisins, elle lui cherchait querelle, le contrariait sans cesse; ses camarades aussi lui en voulaient; un jour, comme il était douanier, il était chargé de nettoyer un ponton; sa besogne faite, survint le vaguemestre qui le salit avec ses souliers, et par méchanceté y crache dessus; il sent alors le rouge lui monter à la tête, une lutte s'engage avec le vaguemestre, et ils tombent tous deux à la mer. Ce fait le fit révoquer; quant au vaguemestre, il ne fut pas inquiété, ce qui prouve qu'il était poussé par une personne que le malade cherche en vain à connaître. Quoique un peu affaibli au point de vue intellectuel, il s'exprime assez bien en français; il n'a pas de mauvaises habitudes, prétend n'avoir jamais abusé d'alcool ni fumé du kiff, et un jour que nous lui apprenons la mort de son frère, il verse d'abondantes larmes.

Obs. XLII. — Am... ou Ha..., Kabyle, né à Iffron (Bougie, province de Constantine), cultivateur, célibataire, entré à trente ans en juillet 1885. Il vient de la prison civile d'Alger où il fut incarcéré à la suite de violences sur d'autres Kabyles; a continué à la prison de vouloir se porter à des voies de fait sur ses voisins, surtout la nuit; ordonnance de non-lieu comme aliéné. A l'hôpital, refuse la nourriture, n'accepte qu'un peu de pain, demande sans cesse à s'en aller, demande la permission d'aller tuer tous ses voisins; refuse de se coucher dans un lit, se croit en butte à des inimitiés. Dès son arrivée à l'asile, il se calme, mange plus volontiers et son délire devient moins actif; en janvier 1886, on note des idées de persécution et de grandeurs. Quand il nous est donné d'observer ce malade, nous trouvons en lui un délirant chronique qui a évolué; interrogé sur ses idées d'empoisonnement, il nous répond avec mauvaise humeur que ce

n'est pas le moment de parler; les Kâbyles sont méchants et c'est pourquoi il les a frappés; il se croit riche à milliards et se croit ici dans une prison qui lui appartient à lui seul; il est peu communicatif, s'isole, ne cause à personne; est toujours dehors, assis, même par les plus grands froids. Il mange bien, est tranquille et travaille volontiers.

L'observation XLIII est encore un exemple de délire chronique; ici la croyance à sa résurrection donne à ce malade une physionomie spéciale.

OBS. XLIII. — H... Sa... O... el h..., Arabe, né à Mostaganem (Oran), journalier, célibataire, entré à trente ans en juillet 1882.

Renseignements : vient de la prison civile où il était en prévention pour coups et blessures; cause probable de la maladie : intérêts de famille lésés. Parle sans cesse de ses héritages et d'Allah; idées de persécution; se croit lésé par sa famille dans ses droits d'héritage, croit que ses cohéritiers (réels ou imaginaires) le font espionner; dans cette idée, voit des ennemis partout et serait facilement agressif. A l'asile, on note, au début, des idées de persécution et des tendances agressives avec alternatives de calme et d'excitation. Nous observons attentivement ce malade, et, comme il répond sans incohérence à l'interprète et s'explique volontiers sur son délire, il nous est aisé de reconnaître en lui un délirant chronique; ses facultés intellectuelles ne sont pas affaiblies; il se croit entouré d'ennemis qui lui ont volé ses biens et l'ont tué ensuite, mais Allah l'a ressuscité; un jour, deux hommes et deux femmes lui ont fait boire un verre d'eau dans lequel ils avaient versé une poignée de terre spéciale empoisonnée; ce breuvage l'a rendu malade pendant trente-deux jours et il en est mort; la mort est survenue le matin; mais, dans l'après-midi, et bien qu'il fût mort, il est allé trouver le marabout qui lui a fait un écrit, et cet écrit délayé dans de l'eau l'a fait ressusciter aussitôt. A Alger également, le caïd a voulu l'empoisonner en lui faisant servir un café préparé; après l'avoir bu, il s'est senti malade, et il a absorbé de l'huile comme contre-poison; à ce moment, dit-il, j'avais dans une malle 100,000 francs en billets de banque et un pistolet; je suis allé prendre le pistolet, et j'ai tiré sur le cafetier qui venait de me servir le café empoisonné; je l'ai touché à la tête. Dans une autre circonstance, et toujours à Alger,

il est mort et ressuscité. Ce malade a des tendances homicides des plus marquées : Quiconque me frappe et m'insulte, dit-il, je le frappe à mon tour ; et si j'étais chez moi, je tuerais même quiconque m'insulterait. Il est très méchant pour son entourage ; il a bonne tenue ; il témoigne des tendances très actives à la sodomie.

L'observation XLIV concerne un délirant chronique fortement teinté d'alcoolisme.

OBS. XLIV. — Amar ben el h... Mez..., arabe, né à L..., Fl., (Alger), domicilié à D... (Alger), officier de tirailleurs en retraite, marié, entré à quarante-cinq ans, en septembre 1888.

Renseignements : « Alcoolique, malade depuis plusieurs mois, retraité pour infirmités probablement cérébrales à vingt et un ans de service ; reentré dans la vie civile, a continué à boire, surtout de l'absinthe ; paraît avoir eu des hallucinations de l'ouïe à la suite de l'une desquelles il a tiré quatre coups de revolver sur un consommateur qu'il croyait l'avoir insulté ; mis en prévention pendant près de trois mois, a été reconnu aliéné alcoolique. A l'hôpital, se montre sournois, taciturne, morose, se promène continuellement avec agitation, mouvements de bras, gestes, comme s'il entendait ou voyait ; ne peut rester en place, demande souvent à boire, voudrait de l'absinthe ; répond peu nettement aux questions qu'il comprend cependant bien. Tic de la face, mobilité du regard, léger trouble de la parole, parfois agitation nocturne ; se plaint de la nourriture, tendance à l'évasion. »

A l'asile, nous établissons dans la quinzaine le certificat suivant : « Délire chronique consécutif à des excès alcooliques (absinthe) ; prédominance d'idées de persécution, d'hallucinations de l'ouïe et de tendances homicides ; se dit poursuivi par des Kabyles qui l'insultent, est peu communicatif, recherche l'isolement, ses réponses sont pleines de réticences ; facultés intellectuelles affaiblies ; a tiré quatre coups de revolver sur un de ses prétendus ennemis et déclare qu'il est prêt à se débarrasser ainsi du reste de la bande. Tic de la face, léger embarras de la parole, tremblement des mains, symptômes d'alcoolisme chronique. » Un mois après son entrée, il écrit à toutes les autorités, préfet, ministre de la guerre, Président de la République,

et dans toutes ses lettres, il refait, en prétextant de sa lucidité d'esprit, l'histoire de ses persécutions.

Il nous avoue avec un léger tremblement de la parole qu'il buvait quatre à cinq verres d'absinthe par jour (nous ne trouvons pas dans le récit de ces libations les caractères de la dipsomanie). On a commencé à le tracasser vers fin juillet 1885 ; tout le monde donnait des coups de langue et c'étaient des discussions incessantes ; général, colonel, camarades, tous lui en voulaient ; rentré chez lui, à Blidah, il fut reçu comme un chien ; il entendait qu'on l'insultait et il ne voyait personne, et c'est alors qu'il alla trouver le général pour lui déclarer qu'il tuerait le premier venu qu'il trouverait devant sa porte. Un jour, à Drâ-el-Mizan, il entre au café et s'installe seul à une table ; sorti un instant pour uriner et ayant encore la moitié de son verre d'absinthe à boire, il revient, mais il trouve l'entrée de la porte barrée par un chien et il le touche de sa cravache pour passer ; à peine rentré, il constate que son verre n'est plus là ; il s'en plaint et demande un autre verre d'absinthe ; à ce moment, un des civils attablés à une table voisine se lève, lui reproche d'avoir frappé le chien, et, le traitant de chien lui-même, lui lance un verre d'absinthe à la figure ; le malade se lève alors pour frapper ces gens-là de sa cravache, mais ils l'entourent, le terrassent et se sauvent. Amar rentre chez lui, prend un revolver, et, rencontrant dans la rue le civil qui l'avait insulté au café, décharge sur lui cinq coups de revolver ; puis il retourne à son domicile pour recharger son arme et faire le même sort aux camarades. Mais la force armée le prend et le conduit en prison.

Tel est le récit que nous a fait le malade de ses persécutions ; il ajoute qu'au sortir de l'asile, il ira chez le juge de paix réclamer son revolver pour s'en servir encore contre ses ennemis.

A l'asile, il est tranquille, mais exige les plus grands ménagements ; il serait dangereux, si on le contrariait ; il parle seul, fait des signes avec son doigt indicateur dirigé vers le ciel, ne cause à personne et s'isole. Quelques jours avant que nous le quittions, il était à l'infirmerie pour un embarras gastrique fébrile lorsqu'il crut reconnaître dans un dément paralytique un de ses persécuteurs d'Alger, et il nous demanda un revolver pour le tuer, dit-il, comme un chien.

Obs. XLV. — B... ben Abd..., Arabe, né à Aïn-Bessen (Alger), taleb, instituteur et marabout, transféré de l'asile d'Evreux, venant de la maison centrale de Gaillon ; entré à

trente-neuf ans en septembre 1887. Condamné à cinq ans de prison le 28 février 1883 par la cour d'assises d'Alger pour meurtre et coups et blessures. Le médecin de Gaillon, à la date du 16 février 1887, constate que le malade « est atteint de délire chronique caractérisé par des idées confuses de persécution, des préoccupations hypocondriaques et une grande propension à l'onanisme; il soutient qu'il n'est pas criminel et qu'il a tué le fils du cheik parce qu'il venait le dépouiller de ses biens; ne se nourrit que de pain, de lait et de bouillon, refuse de toucher les aliments, il faut les lui mettre dans la bouche; il raisonne bien dès qu'il parle de ses intérêts; était probablement aliéné avant sa condamnation; anémié, n'a pas d'ankylose, mais n'a pas la force de se tenir debout ». Le certificat de l'asile d'Evreux porte, à la date de juillet 1887 : « Folie hypocondriaque, se plaint de souffrir partout, ne prend comme aliment que du lait, du pain et des confitures; présente une ankylose incomplète des genoux, reste toujours au lit, ne peut marcher ». A son arrivée à l'asile, nous ne tardons pas à nous convaincre qu'il simule une ankylose des deux genoux. et, en effet, dans l'impossibilité où nous le plaçons de garder le lit, il marche bientôt avec beaucoup d'assurance; les idées religieuses et de persécution, les préoccupations hypocondriaques, le désordre des actes, les difficultés de s'alimenter, l'onanisme dominant la scène morbide; il ne supporte aucun vêtement que son burnous; cependant, privé de ce dernier, il consent à s'habiller comme ses camarades. Il ne fait qu'un repas par jour, mais mange suffisamment; il s'isole, parle seul, chante, déclame, se plaint de douleurs imaginaires, paraît halluciné, garnit ses narines de chiffons, sans doute pour fuir des hallucinations pénibles de l'odorat, exhibe sa verge en érection, collectionne de menus objets. Il nie avoir simulé une ankylose des genoux; il prétend seulement qu'étant resté quarante jours sans manger, il était très affaibli; il ne boit jamais de vin et ne fait qu'un repas par jour sous prétexte qu'il souffre de l'estomac.

Remarquons que parmi ces cinq délirants systématiques, trois appartenaient à une condition sociale constituant l'élite de la population musulmane, taleb, officier de tirailleurs, donanier, ce sont là des professions auxquelles peu d'indigènes peuvent prétendre; or, depuis que Lasègue nous a donné la description magistrale du

délire de persécution, il nous semble qu'on n'a pas insisté suffisamment sur cette condition de son éclosion. Ne devient pas persécuté qui veut; encore faut-il, pour organiser un délire aussi cohérent, aussi spécial, un développement intellectuel suffisant, une éducation au-dessus de l'ordinaire; un faible d'esprit; un homme des champs sans instruction, ne feront jamais un persécuté tel que nous nous le représentons; ils n'arriveront jamais à cet état de systématisation délirante inséparable de l'idée que nous nous faisons du délire chronique; ce seront des mélancoliques, ce seront des débiles à idées de persécutions, mais ce ne seront pas des délirants systématiques, et c'est là sans doute ce qui nous explique que Paris et les grandes villes, où la vie cérébrale est plus active, fournissent un chiffre considérable de véritables persécutés, alors que leur nombre est très restreint dans nos asiles des départements agricoles. Du reste, il faut bien le dire, le champ de la folie systématisée s'est considérablement réduit depuis les belles études de M. Magnan sur les dégénérescences mentales. Legrand du Saulle, dans son *Traité du délire des persécutions*, confondait encore certains mélancoliques avec les délirants persécutés, et c'est à Cotard (1) que revient l'honneur d'avoir établi la délimitation la plus exacte entre ces deux affections mentales en déterminant la direction différente imprimée par elles aux idées délirantes; les mélancoliques, dit-il, s'accusent eux-mêmes; les persécutés accusent les autres; c'est là en effet une distinction capitale, et à laquelle M. Régis dans son *Traité de médecine mentale* attribue la plus grande importance pour le diagnostic. Aujourd'hui le cadre du délire chronique se modifie encore depuis que nous connaissons des persécutés auto-accusateurs, et

(1) Du délire des négations. — *Arch. de Neurologie*, 1882.

qu'avec M. Magnan nous en distraions bon nombre de malades qui ne sont, en définitive, que des dégénérés à idées de persécution, à délires polymorphes.

Cela nous explique que nous n'en ayons trouvé que cinq cas parmi nos indigènes, et que sur ce nombre, quatre se rapportent à des Arabes. Ces derniers, en effet, ont une tendance marquée à se mêler à la vie tourmentée des Européens ; notre civilisation ne les trouve pas indifférents ; mais en prenant leur part de ses progrès, ils en adoptent aussi les vices, et c'est ainsi qu'ils viennent puiser au milieu de nous les éléments du délire auquel échappera le Kabyle plus sobre et plus attaché à sa terre.

FOLIES TOXIQUES

Nous arrivons ainsi aux intoxications qui, chez l'indigène de l'Algérie, deviendront bientôt par leurs progrès toujours croissants une cause de dégénérescence de la race, nous voulons parler de l'absinthe et du kiff.

Bien que le Koran leur défende l'usage des boissons fermentées, l'alcoolisme se retrouve fréquemment chez les Arabes. Le D^r Kocher en a relevé vingt-cinq cas dont cinq chez des femmes pendant une période de seize ans ; c'est peu sans doute, mais il ne faut pas oublier que la folie est rare chez l'indigène, et, sur un total de 312 aliénés, cela fait encore une proportion de 8 p. 100. La statistique de notre confrère répond à peu près à la nôtre (Voir p. 190, n° de mars 1896), puisque sur un chiffre de 498 malades entrés à l'asile, de 1860 à 1889, nous avons relevé 39 alcooliques ; mais remarquons que les observations du D^r Kochers'arrêtent à l'année 1882, alors qu'il est facile de voir, à la lecture de notre tablean, que la progression de l'alcoolisme date précisément de cette époque ; aussi, pour établir un jugement comparatif, considérons-nous le quantum d'alcooliques à partir de l'année

1880, date à laquelle l'asile a reçu les Arabes venant exclusivement de la province d'Alger. Sur 197 entrées, nous relevons 31 alcooliques, soit une proportion de 15,73 p. 100; ainsi la proportion qui de 1867 à 1882 était de 8 p. 100, s'est élevée à 15,73 p. 100, c'est-à-dire du double, si l'on considère la série de 1880 à 1889.

D'autre part, sur une population de 83 malades dont nous donnons dans ce travail les observations, nous avons dix-neuf cas d'alcoolisme; c'est-à-dire que 22,89 p. 100 de nos indigènes sont des alcooliques. Ainsi un asile, uniquement composé de musulmans d'Algérie, compterait plus d'un cinquième de malades alcooliques parmi sa population. Encore faut-il dire que sur ces 19 alcooliques nous ne trouvons que 3 Kabyles. Laborieux, aimant le travail des champs, attachés à la terre qu'ils ne quittent jamais sans espoir de retour, ayant le sentiment de la famille, les Kabyles devaient, en effet, par leur nature même, échapper aux vices importés par les conquérants, tant il est vrai qu'individuelle ou inhérente au milieu social, la prédisposition se retrouve au fond de toutes les aliénations. A ne considérer que les Arabes, nous trouvons dès lors, sur 57 malades présents, 16 intoxiqués, c'est-à-dire 28 p. 100.

A l'alcoolisme, dont l'absinthe fait du reste tous les frais, s'ajoute chez l'indigène une intoxication d'un genre tout particulier, le haschischisme ou kiffisme. Nous allons envisager séparément ces deux intoxications pour citer ensuite les observations dans lesquelles nous les trouvons combinées l'une à l'autre.

Considérons tout d'abord l'alcoolisme :

Obs. XLVI. — Moh... bel Had... Am..., Arabe, entré à trente-cinq ans en mars 1885. Ce malade, arrêté pour scandale public, accusé à l'hôpital de Mustapha de l'inquiétude, de l'agitation suivie de mouvements automatiques, des idées de richesses, de puissance, de propriété, des idées fugaces de persécution;

ophthalmie chronique, hérédité probable? doele. A l'asile où il a déjà fait autrefois un séjour de quelques mois, il s'améliore dès son entrée; en mai 1886 on note: alcoolisme chronique, délire aigu succédant à l'intoxication et disparaissant après un séjour plus ou moins prolongé à l'asile. Quand nous l'interrogeons en 1889, il reconnaît que, s'il est retourné à l'asile, il le doit à ses abus de l'absinthe; mais il se défend d'avoir fumé du kif; nous ne trouvons plus chez lui des idées de richesses, de puissance ou de persécution, ni des hallucinations; mais il prétend n'avoir jamais été fou, est triste, déprimé (parce que, dit-il, il est resté trop longtemps en France), parle seul, est malpropre, débraillé, demi-gâteux; il est doele, ses réponses sont assez cohérentes, mais il ne se rappelle rien de son ancien délire. La situation restait stationnaire lorsque, en juin 1889, le malade eut une congestion cérébrale qui l'emporta.

OBS. XLVII. — Moh... ben Ai..., né à Mélika, Arabe, portefaix, entré à cinquante-sept ans en 1885. Amené à l'hôpital de Mustapha par le service de la police à la suite d'un scandale sur la voie publique, exigeant le salut des passants, entre autres d'un colonel; faisait des dépenses qu'il ne soldait pas; alcoolisme avec idées de grandeurs, de richesses, de puissance; se croit prophète (petit bon Dieu), et devient violent quand on ne lui donne pas ce qu'il désire. A l'asile, où il jouit d'une liberté relative, il fait, par ses extravagances, la joie des visiteurs; il se dit le roi Tata, le plus grand souverain de la terre, maître de toute l'Europe, allié de Rothschild, immortel, ce qui ne l'empêche pas de mendier à tout propos un peu de tabac. Il est incohérent, fait de grands gestes, est très orgueilleux, et s'excite facilement dans la conversation, surtout si on se permet de le contrarier. Il nous avoue qu'il s'enivrait souvent avec du cognac et de l'absinthe, et qu'un jour il cracha à la figure d'un colonel qui lui refusait le salut.

L'observation XLVIII est un exemple de ces hallucinations de la vue caractéristiques de l'alcoolisme; l'objet qui les constitue est mouvant; s'agite, et acquiert des proportions colossales pour se rapetisser ensuite insensiblement.

OBS. XLVIII. — El ha... Moh... ben Abd... Arabe, thaleb, né à Gouraya (Alger), entré à trente ans, en mars 1888. Ren-

seignements : malade depuis au moins trois mois à l'hôpital de Mustapha venant de Gardoua ou de Laghouat, avec les menottes, conduit par un chaouch et un sous-officier du train ; s'y montre agité, violent, crie ; tantôt refuse la nourriture, tantôt mange avec gloutonnerie, déchire ses vêtements, sa literie, gâche ses excréments, troue le mur pour s'évader ; idées de persécution, est en proie aux maléfices des mauvais génies, entend des voix qui lui commandent, terreurs nocturnes, indocile, violent, amaigrissement. A l'asile, l'agitation est des plus vives et c'est à peine si l'on observe quelques moments d'accalmie ; il déchire, se déshabille, pétrit ses excréments, et devient méchant pour peu qu'on le contrarie ; il prie toute la journée à voix basse et sans qu'on puisse le comprendre quand il est un peu calme, et en criant quand il est agité ; il débite assez facilement les versets du Koran, mais si nous l'interrogeons, il ne répond pas à la question ou bien émaille ses réponses des plus grosses incohérences ; il finit cependant par laisser comprendre qu'un jour il frappa un musicien qui l'incommodait par les sons de son instrument. Un jour il nous raconte qu'il voit souvent des revenants qui arrivent petits, tout petits, et grandissent devant lui comme la mer ; ils ne lui parlent pas ; il viennent au moment du repas et s'arrêtent à la porte ; il leur commande d'entrer ; ils obéissent aussitôt, mangent ce qu'il leur donne et s'en vont. Le malade resta dans cet état pendant plus d'un an ; il devenait même plus agressif et brisait tout ce qui tombait sous sa main. En septembre 1889, nous le soignons pour un hygroma suppuré du genou dont il guérit ; mais il s'affaiblit progressivement, l'anorexie, l'amaigrissement surviennent ; il devient gâteux et meurt dans le marasme en janvier 1890 sans accidents congestifs ; du reste l'autopsie que nous fîmes fut à peu près négative.

Les observations suivantes se rapportent également à des absinthiques. Les hallucinations de la vue s'y rencontrent avec le délire des grandeurs sans consistance, signalé par les auteurs ; mais il est certain que la tournure générale du délire ne diffère guère de ce que nous avons rencontré chez les maniaques chroniques. D'autre part, le tremblement, les attaques congestives, les troubles de la sensibilité ou n'ont pu être observés par nous, ou n'existaient pas chez ces malades, et c'est bien plu-

tôt par les commémoratifs et l'état mental que par les signes physiques que nous avons pu diagnostiquer l'alcoolisme.

OBS. XLIX. — Mess... ben Moh... Arabe, s. p. célibataire, né à Laghouat (Alger). Il entre une première fois en 1880 à l'âge de vingt ans, venant de la maison d'arrêt; il accusait à cette époque de l'affaiblissement intellectuel, de l'incohérence du langage, de l'hypocondrie, un penchant manifeste à se quereller, un peu d'embarras de la parole; il était très dangereux dans ses moments d'agitation. Teigne... Il sortait guéri en avril 1883. En juillet 1886, il était réintégré après rechute; agitation, hallucinations de la vue et de l'ouïe, actes inconscients. A l'asile il se montre affaibli au point de vue intellectuel et moral, s'agite parfois, entre dans de violentes colères, crie, nous insulte, nous menace, se bat avec les autres malades et se montre agressif et dangereux; il parle seul, chante, cherche à s'évader. Il s'exprime assez bien en français et sans trop d'incohérence, accuse des idées de persécution, prétend qu'on lui a fait des misères, et nous avoue avoir bu beaucoup d'absinthe et avoir fait six mois de prison pour vol; l'embarras de la parole a disparu; il proteste contre sa séquestration et nie avoir jamais été malade. Toute la journée il saute, taquine ses voisins, manifeste un excès de joie et un contentement exagéré de lui-même, ce qui ne l'empêche pas de nous menacer et de nous répondre grossièrement lorsque nous l'engageons à s'occuper. Il n'a pas de mauvais instincts.

OBS. L. — Did... ben Sliman, Arabe, s. p. marié, né à Cherchell (Algérie), entré à cinquante ans en juin 1885. Malade depuis plusieurs années; alcoolisme, buvait de l'absinthe et de l'anisette, a été amené à l'hôpital de Mustapha à la suite d'actes de violence, y a manifesté des hallucinations, des impulsions, des idées homicides; s'y est montré taciturne, incapable de tout travail, inconscient du temps et des lieux, et parfois s'y portait subitement à des voies de fait sur son entourage.

A l'asile on observe ces mêmes symptômes avec de la dépression, de l'apathie, de l'abrutissement alcoolique, des tendances à la sodomie. En 1888, les impulsions semblent avoir cessé; triste, déprimé, peu communicatif, il répond en souriant, par monosyllabes et sur un ton d'extrême langueur; il n'a pas d'ennemis au dehors; il nie ses violences et ses excès de boissons; il tapage la nuit, sa tenue est désordonnée et malpropre; quand

on l'occupe au dehors, il va, pendant le travail, ramasser du chanvre dans les champs, et le fume ensuite ; il n'a plus de mauvais instincts ; son état est voisin de la démence.

OBS. LI. — Am... ben Ahm..., Arabe, né à Fondouk (Alger), tirailleur algérien réformé, médaillé du Tonkin, entré à trente-sept ans en juin 1887. Il entre sans renseignements et paraît atteint de manie alcoolique avec affaiblissement intellectuel, incohérence, loquacité, délire d'actes ; il répond invariablement à toutes les questions : connais pas, comprends pas. L'excitation domine la scène ; il parle seul, rit aux éclats, manifeste des idées de grandeurs : se croit capitaine, sergent-major, lieutenant ; il parle à voix basse la nuit. Un jour il nous dévoile en partie son délire : il a des idées de persécution et se croit dépouillé par des Arabes ; il en a reconnu deux dans la division parmi les autres malades ; dernièrement ils sont venus ici et lui ont pris ses deux enfants et deux vaches. Il dit s'appeler capitaine Mustapha, vit seul, à l'écart des autres malades, et parle sans cesse d'une façon très incohérente. Il prétend n'avoir jamais fumé du kif, mais avoue avoir bu souvent de l'absinthe. Il se tient bien et n'a pas de mauvais instincts ; il est très affaibli au point de vue intellectuel et tend à la démence.

OBS. LII. — Ah... ben h... Dj..., Arabe, célibataire, mendiant, né à Miliana (Alger), entré à trente-cinq ans en 1883. Recueilli par la police, en état de vagabondage, affamé, divaguant ; il avait la réputation d'être fou depuis plusieurs années. A l'hôpital de Mustapha, on note de l'incohérence, des rires sans motif, des contemplations prolongées, de l'extase, de l'agitation nocturne.

A l'asile, il manifeste de l'hypocondrie, de l'agitation et des hallucinations de la vue et de l'ouïe. Quand nous l'interrogeons, il nous raconte que, chaque fois qu'il buvait de l'absinthe, il était porté à la violence, et c'est sous cette influence qu'un jour il frappa un agent de police et un maître d'école. Il est fou dans le pays des fous, voit des saints, des marabouts ; les saints viennent à lui habillés tantôt en Arabes, tantôt en Européens ; ils lui touchent la main et lui disent ce simple mot : Bonjour ; puis ils disparaissent. Les juifs d'Alger l'appellent l'imbécile, d'autres le marabout. Ce malade est dans un état d'excitation continue, crie, parle seul, chante, gesticule, s'isole, frappe violemment ses voisins ; il prêche à haute voix dans le préau, est malpropre, débraillé et souvent gâteux. Il n'a pas de mauvais instincts.

Dans l'observation LIII nous trouvons une hystérique doublée d'une alcoolique ; mais quand nous l'avons connue, en 1888, elle était démente et toute manifestation hystérique avait disparu.

OBS. LII. — F... bent Mus..., fille sommise, née à Médéah (Alger), entrée à vingt-huit ans, en 1879. C'est une alcoolique adonnée aux excès vénériens ; ses hallucinations, son délire de nature dépressive motivèrent son évacuation sur l'asile. A son entrée, on reconnaît en elle une maniaque hallucinée avec tendance à la violence ; elle se masturbe et accuse des alternatives de calme et d'agitation. En 1881, on signale des crises d'hystérie pendant lesquelles elle se roule par terre, s'agite, frappe, gâte, obéit à des hallucinations ; les tendances érotiques persistent ; elle reste gâteuse, devient dangereuse dans ses accès délirants, méchante ; elle déchire, se déshabille. Quand nous l'examinons en 1888, nous nous trouvons en présence d'une malade tatouée au front, aux joues, au menton, aux avant-bras, qui depuis longtemps n'a plus de crises, mais est tombée dans la plus complète démenée ; elle ne répond pas aux questions de l'interprète, se contente de sourire et paraît satisfaite d'elle-même ; elle parle seule d'habitude, est violente, dangereuse, frappe surveillantes et malades, déchire, est très malpropre et gâteuse.

(A suivre.)

Médecine légale

LA

MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

EN ITALIE

Par le D^r MOREAU (de Tours)

SOMMAIRE. — I. Triple homicide et blessures, délire systématisé de persécution, par les D^{rs} Borri et Scappuci (*Revista di Freniatria e di Medicina legale*. Vol. XX. Fasc. II, 1894). — II. Homicide. Rapport médico-légal, par les D^{rs} Roscioli Raffaele et Pieranunzi Cleto. (*Chronique du Manicome Teramo*. Appignani, 1894). — III. Deux crétins goitreux criminels, par le D^r G. Antonini (*Archivio di Psichiatria*. Vol. XV. Fasc. VI. Turin, 1894). — IV. Rapport médico-légal sur l'état de A. V. inculpé d'homicide, par le D^r Ruggiero Tambroni. (*Bulletin du Manicome provincial de Ferrare*, III et IV, 1895). — V. Sur l'état mental du gendarme C. Auguste, inculpé d'homicide volontaire. Rapport médico-légal, par les D^{rs} G. Angelucci et Pieraccini (*Raccoglitori medico*. Vol. XV, 1893. Nos 5, 6, 7.). — VI. Validité contestée du testament d'un suicidé. Expertise psychiatrique, par le D^r L. Bianchi (*Journal de médecine légale*, An. II. Fasc. IV. Lanciano, 1895). — VII. Sur l'état mental du nommé S. Clément, accusé de vol et de violence charnelle. Rapport médico-légal, par le D^r Pieraccini. (*Raccoglitori medico*. Vol. XVII, 1894). — VIII. Jalousie morbide chez un uxoricide, fou moral et simulateur, par le D^r Massaro (*Il Pisani*. Ann. XVI. Fasc. 3. Palerme, 1895).

I. — Le fait s'est passé le 28 janvier 1894, dans la caserne Humbert 1^{er}, à Pise. Un soldat tira, sans motif appréciable, contre ses camarades des coups de fusil, en tua trois et blessa grièvement un quatrième. L'auteur de ce crime fut vite connu. C'était un nommé Luigi Magri, élève musicien au 94^e régiment d'infanterie.

Avec l'autorisation du collège des experts, les auteurs assistèrent aux examens qui eurent lieu sur le soldat L. Magri et recueillirent les documents qui font le sujet de ce travail. Pour eux, le crime commis dans la soirée du 24 janvier n'est qu'un épisode morbide, consécutif à un délire préexistant, de délire de persécution. Traduit en justice, Magri bénéficia, non pas du rapport des experts, mais de simples circonstances atténuantes, et fut condamné aux travaux forcés et, de plus, à sept années de réclusion cellulaire.

II. — Le 4 avril 1894, se trouvaient à Moscou où se célébrait la fête de la Madone du Lac, P... Côme et Humbert Pa..., lequel, on ne sait pour quel motif, insulta P... qui était avec ses amis en lui disant : « Je me fiche de toi et de ceux qui sont avec toi. » Il en serait advenu une rixe avec un compagnon de P..., qui se crut offensé par ces paroles, si Guillaume B. ne se fût interposé pour calmer les esprits et, pour fêter la réconciliation, il proposa à tous, y compris P..., d'aller boire un litre de vin. On se sépara peu après l'*Ave Maria*, en parfaite harmonie, et P... qui était entré dans l'église en sortit pour satisfaire un besoin. Ce fut alors qu'il rencontra Pa... et recommença la dispute. Pa..., de robuste allure, s'approcha de P... et lui dit : « Avec toi, il n'y a pas besoin de couteau, ni de pierre ou d'autre arme, ma main suffit, » et, en fait, il lui mit deux doigts sous le cou comme menace. G... s'interposa encore cette fois, mais inutilement, car P... avait rapidement sorti un revolver avec lequel il tira sur Pa... qui, atteint dans l'hypochondre droit, mourait sept jours après de sa blessure. Après le meurtre, P... s'enfuit et ne put être arrêté. Le 9 avril, venant à apprendre la mort de Pa..., il se constitua prisonnier. L'étrange conduite de P..., en prison, attira l'attention de son défenseur qui demanda une expertise médico-légale. Les conclusions du rapport

furent les suivantes : 1° P... descend de famille psychopathique et présente tous les caractères d'un dégénéré ; 2° cet état spécial imprimant aux actes de l'individu un caractère d'impulsivité, de manque de réflexion, concourt à atténuer, suivant les causes occasionnelles, la responsabilité de ses actions ; 3° dans ce cas particulier où s'ajoute la provocation, la peur que lui causait un adversaire plus robuste que lui, lui firent commettre, dans un état de demi-conscience, l'acte criminel ; 4° P... est demi-responsable du délit qui lui est incriminé. Faisant droit à ces conclusions, la Cour condamna P... à quatre ans et deux mois de détention.

III. — Dans la province de Bergame, comme en beaucoup d'autres de la région alpine de l'Italie, existe l'endémie crétine goitreuse. La statistique de 1887 montre une corrélation dans la distribution topographique entre les crétins et les goitreux, nouvelle preuve à l'appui de ce que dit Lombroso, que le goitre est une forme atténuée du crétinisme. Sur 11,449 goitreux de la province, 2,127 appartiennent au cercle de Bergame, 3,521 au cercle de Clusone (tout en montagnes), 5,801 au cercle de Treviglio (tout en plaines) et des 912 crétins, 207 pour Bergame, 133 pour Clusone, 572 pour la plaine.

Cette population goitrense et crétineuse apporte un énorme contingent à la folie. Dans certains cantons, le pourcentage entre goitreux et crétins atteint un chiffre élevé. Plusieurs auteurs avaient déjà entrevu l'influence de ces états morbides sur la dégénérescence. Il est intéressant d'étudier les rapports qu'ils présentent avec la criminalité, et c'est à ce titre qu'il convient de signaler deux cas que relate le D^r G. Antonini.

IV. — Le 12 février 1895, A. V... tuait V. M... en le jetant dans le Rhin. Le meurtrier fut arrêté le 21 février et avoua son crime. Il resta pendant quelque

temps en prison, calme, tranquille, sans donner aucun signe d'altération des fonctions psychiques, au dire des personnes qui purent l'observer pendant cette période. Le 29 février, il fut pris d'un accès de confusion mentale et d'agitation assez graves pour être transféré d'urgence au manicomio de Ferrare.

Notre confrère P. Ruggero Tambroni fut commis par le juge d'instruction à l'effet de rédiger un rapport sur l'état mental de l'inculpé et de répondre aux questions suivantes :

1° De quelle nature est la maladie mentale qui a si subitement frappé V... ?

2° Était-il en puissance de trouble mental le soir où il a commis son crime ?

3° Quel rapport peut-il exister entre l'état mental actuel et l'acte criminel commis dans la soirée du 12 février ?

4° Y-t-il simulation ?

Après un examen attentif et répété du malade, l'auteur a répondu aux questions posées :

1° La maladie mentale qui s'est subitement déclarée chez V... est une psychose de nature hystérique avec les signes caractéristiques de la confusion mentale hallucinatoire ;

2° Dans la soirée du 12 février, au moment du délit, V. se trouvait en état de mal, un équivalent hystérique, qui lui enlevait la liberté de ses actes ;

3° L'état mental actuel, autant que la déséquilibration psychique dans laquelle se trouvait V... quand il a commis son crime dans la soirée du 12 février, sont des manifestations diverses d'une même entité morbide, l'hystérisme ;

4° On se trouve en présence d'une véritable aliénation mentale qui n'est nullement simulée.

V. — Les états transitoires de la folie, de quelque

nature qu'ils soient, trouvent toujours une sérieuse difficulté à être reconnus comme tels et acceptés par les juges, en général, et par les juges des tribunaux militaires, en particulier.

On a encore présente à la mémoire la monstrueuse sentence par laquelle un tribunal militaire condamna à vingt ans de réclusion un pauvre soldat qui, de l'avis unanime des médecins, de l'accusation et de la défense, avait commis un crime dont il avait à répondre, dans un moment d'inconscience absolue causée par un accès aigu de délire alcoolique !

La pensée que de semblables injustices peuvent se représenter uniquement par la fausse idée que se font de la folie les personnes étrangères à nos études, doit imposer aux aliénistes le devoir de donner la plus grande publicité aux faits qu'ils ont l'occasion d'observer et de répandre la connaissance de cette variété particulière de troubles psychiques aux magistrats chargés de les juger.

Il est urgent, dans l'intérêt même de la justice, que la généralité des hommes, non pas une classe restreinte de spécialistes, sache reconnaître ces malheureux dignes de commisération et les soustraire aux peines infamantes.

Le cas que rapporte notre confrère est véritablement typique. Voici le fait :

Dans la soirée du 2 mai 1892, les gendarmes à pied, C..., Auguste et Z..., Jules, du dépôt d'Aquasanta, revenaient à leur résidence après avoir passé la journée à la fête d'Arquata où ils avaient été envoyés pour renforcer leurs collègues.

Ils arrivèrent vers sept heures et quart à la localité de Scalmatore, bien éloignée de tout ; C..., qui jusque-là s'était montré sombre et taciturne et étonnamment grossier avec son compagnon, qui pendant toute la route

avait marché d'un pas exagéré, à une observation de Z... qui lui disait de ne pas courir de la sorte et qu'ils avaient tout le temps pour rentrer, C... regarda son collègue, puis sans dire un mot, courut sept ou huit pas en avant, prit son mousquet chargé à mitraille, l'arma, le dirigea sur Z... Celui-ci s'élança sur son compagnon et détournant le canon de fusil, il ne fut pas blessé; puis saisissant C..., il le jeta à terre, tandis qu'il criait : « — Laissez-moi, laissez-moi », et aidé de deux charretiers accourus à son appel, il parvint à attacher C... et à le réduire à l'impuissance et put le conduire à Aquasanta où il le remit aux mains du commandant du poste.

A la suite de cette affaire, le gendarme C... fut arrêté par l'autorité judiciaire sous l'inculpation de tentative d'homicide volontaire.

Bien que l'instruction eût relevé de nombreux faits tendant à prouver que C... était inconscient au moment où l'acte fut commis, l'autorité supérieure voulut soumettre l'inculpé à l'examen de deux aliénistes et on l'envoya au manicomio de Macerata.

Les questions posées, furent : 1° C..., Auguste, est-il actuellement aliéné et, dans le cas affirmatif, l'était-il dans la soirée du 2 mai 1892? 2° C... étant actuellement sain d'esprit, pouvait-il être aliéné à l'époque où il tira un coup de fusil sur son compagnon G...?

Après une observation attentive, les experts répondirent : 1° C... n'est pas actuellement aliéné. C'est un épileptique sujet à tomber dans des états transitoires d'inconscience et d'impulsivité; 2° C... se trouvait dans un de ces états quand il tira un coup de fusil sur son camarade; 3° C... est irresponsable de son acte.

Le tribunal admettant ces conclusions, par ordonnance du 19 septembre 1892, décrétait la mise en liberté immédiate de C... et son envoi à l'hôpital mili-

taire d'Ancône pour y attendre sa mise en réforme.

VI. — Dans la soirée du 5 avril 1890, se suicidait, à Pescara, d'un coup de revolver au cœur, un jeune homme de vingt-quatre ans, F. d'A...

Dans ses papiers on trouva un testament olographe, à la date de ce même jour, 5 avril 1890, et conçu en ces termes :

« Etant près de mourir, je veux accomplir un acte de bienfaisance, que je crois être l'unique moyen de mourir tranquille, et je déclare être sain d'esprit. Je laisse 13,000 francs à M^{me} L... Pa... de Ra... à prendre sur l'héritage qui me reviendra de ma mère. Que mon désir soit accompli fidèlement et l'espérance me soutient à mon dernier moment et je ne recommande rien de plus à mon frère.

« Pescara, 5 avril 1890, je signe F. d'A. de Fl... ».

Cités devant le tribunal de Chieti pour la délivrance de ce legs de 13,000 francs, les héritiers du défunt demandèrent la nullité du testament, alléguant que le testateur n'était pas sain d'esprit, non pas au temps où il fit son testament, mais invoquant trois certificats médicaux, déclarant d'A... atteint de mélancolie aiguë qui lui enlevait la liberté de jugement et l'intégrité de discernement, se basant sur l'enquête judiciaire qui n'avait pas révélé que la maladie incurable ait été la seule cause du suicide, sur les lettres écrites par d'A... à M^{me} Pa... et par celles écrites par elle qui mettraient en évidence son état d'infériorité mentale, enfin, par le testament même, logique en apparence, selon eux, mais en réalité contradictoire et non raisonnable, parce qu'avec M^{me} Pa..., d'A... n'avait eu qu'un simple et innocent échange de lettres à peine depuis quelques jours, et parce qu'il attendait tranquillement la mort quand il allait se suicider.

Le tribunal repoussa leurs déductions et, par sentence

du 12 mai 1892, condamnait les héritiers au paiement du legs.

Contre cette sentence, les héritiers interjetèrent appel et demandèrent à prouver l'état mental qu'ils invoquaient, une expertise sur l'état intellectuel du défunt, principalement au moment où il écrivait son testament et consommait le suicide, sur sa capacité civile.

La Cour d'appel d'Aquila, par une première sentence du 16 décembre 1892, admettait les appelants à faire la preuve des faits avancés par eux, et par arrêt du 13 février 1894, ordonnait l'expertise, afin de savoir : de quelle maladie mentale était atteint d'A... et si cette maladie était de telle nature, principalement à la date du 5 avril 1890, de ne pas présenter un état mental suffisamment sain pour comprendre l'importance civile et les conséquences de son testament. Le rapport de l'expertise a conclu à la non-capacité juridique d'A..., dans les conditions particulières dans lesquelles il a écrit son testament en faveur de M^{me} Pa...

VII. — Dans la matinée du 24 juillet 1892, le nommé S... Clément, s'emparait, sans le consentement du propriétaire, de cinq brassées de bois et d'un pen de chaux, d'une valeur de 1 fr. 75 cent. environ. Dix-sept jours après, le même S... contraignait par la violence, une certaine Anna S..., âgée de vingt-cinq ans, à s'unir charnellement à lui après l'avoir frappée. Arrêté le 26 septembre sous l'inculpation de ces actes, S... se disait innocent et demandait sa liberté provisoire.

Cependant de graves présomptions pesaient sur lui, d'autant plus qu'il avait déjà été par deux fois renfermé au manicomio de Macerata et qu'il passait généralement dans le pays pour un homme déséquilibré. Par suite d'une ordonnance du tribunal, un expert fut commis à fin de savoir si S..., Clément, avait été atteint de folie le 24 juillet et le 10 août 1892, époques auxquelles il

avait commis ses crimes, et s'il était encore aliéné actuellement.

Le rapport de l'expert conclut en disant :

1° S... atteint de folie périodique est en ce moment délivré de son accès et dans un état mental qui, pour lui, est normal.

2° S... était sous l'influence d'un accès à l'époque où il commit son vol et son viol.

3° Ces conditions rendaient S... irresponsable à l'époque où il a commis les actes qui lui sont reprochés.

Quelques jours après que ces conclusions avaient été acceptées par le tribunal, S... était repris d'un nouvel accès de manie pour lequel il dut être, pour la troisième fois, transféré au manicomme. La crise fut plus violente que de coutume et même l'existence du malade se trouva menacée. Au bout de trois mois, S... entra dans une nouvelle période de calme.

VIII. — Dans la nuit du 21 au 22 décembre 1894, T. S... propriétaire à Boccadifalco, tuait dans sa maison, de vingt-deux coups de stylet, sa femme P. F... et allait ensuite se remettre aux mains des carabiniers royaux du pays. Il avoua son crime au brigadier et le lendemain le confirmait au juge instructeur.

Voici comment les faits se passèrent : cette nuit-là, T... était couché avec sa femme. Vers le milieu de la nuit, il se réveilla, et comme il avait froid, il s'approcha de sa femme pour l'embrasser. Celle-ci, qui avait ses raisons pour ne pas se rendre aux désirs de son mari, se retourna en lui disant : « Laisse-moi dormir. » Alors T... réfléchissant et s'imaginant qu'elle l'avait repoussé parce qu'elle pensait à un autre, lui donna un soufflet et tandis qu'ils se disputaient, elle sortit du lit et se sauva en chemise dans la chambre de sa fille. Au même moment, T... saisit un stylet qu'il tenait à portée de sa main, sur la toilette, la frappa de vingt-deux coups, la

laissant inanimée sur le sol. Les cris de sa fille ne purent l'empêcher de commettre son crime, et il l'aurait tuée également si elle ne s'était sauvée dans une pièce voisine. Aux cris de la fille les voisins accoururent, mais ne purent pénétrer dans la maison, la porte étant fermée à clé. Seul alors, T... s'arma d'une carabine à répétition pour se défendre contre les attaques possibles de la foule, et son fusil sous le bras, son stylet à la main, alla se constituer prisonnier. Durant la détention préventive, des doutes s'élevèrent sur l'intégrité des facultés mentales de T..., et on résolut de le faire examiner à ce point de vue.

Le Dr Domenico Massaro fut chargé de cet examen. Après une observation minutieuse et faite avec tout le soin désirable, ainsi qu'en témoigne le rapport, notre distingué confrère porte le diagnostic de « simulation de folie chez un fou moral et paranoïque (*paranoïco*) jaloux » et conclut en disant : « J'estime nécessaire que T. S... soit interné définitivement dans un manicomie ».

Établissements d'aliénés.

NOTE

SUR

LA COLONIE DE CRAIG

POUR LES ÉPILEPTIQUES

Par le Dr Frédéric PETERSON

Médecin neurologue au City Hospital, Black-well's Island,
Professeur de clinique des maladies nerveuses, clinique Vanderbilt,
au collège des médecins et chirurgiens, à New-York,
Président du conseil d'administration de la colonie, à Craig.

L'expérience acquise par une pratique de plusieurs années, dans un de nos grands établissements, sur ce qui concerne spécialement les épileptiques ; une visite que j'ai faite à la grande colonie pour épileptiques, à Bielefeld, en Allemagne, m'ont suggéré l'idée d'établir aux États-Unis une colonie du même genre, qui puisse rivaliser avec son modèle européen, et même, autant que possible, le surpasser.

Pour y arriver, il fallait obtenir une loi spéciale ; les efforts tentés dans ce but sont restés sans résultat jusqu'en 1892. A ce moment les pouvoirs publics de l'État de New-York rendirent enfin un décret qui autorisait le gouverneur à nommer une commission chargée de choisir un emplacement favorable dans l'État ; d'autres dispositions législatives autorisèrent ultérieurement l'achat d'un terrain et son affectation à l'œuvre d'assistance à laquelle il était destiné. A l'heure actuelle, l'ins-

tallation de l'établissement est complète, et les premiers malades y ont été reçus.

Situation de « Craig Colony ». — *Craig Colony*, ainsi nommée en mémoire de feu Oscar Craig, de Rochester, ancien président du Conseil supérieur de l'Assistance publique, est située dans la vallée du Genesee. Elle occupe une surface d'environ 1.900 arpents de terre. On y arrive par deux lignes de chemins de fer et par diverses routes. La colonie a pour elle un bureau de poste et une gare de chemin de fer, connue sous le nom de Sonyes, mot indien qui signifie *lieu ensoleillé*.

La terre y est extrêmement fertile, et comprend une grande variété de champs, de bois, de prés et de vallons. Les fermes, les jardins, les vergers sont dès maintenant florissants et donneront, cette année même, un revenu de 60,000 à 75,000 francs.

Il faut ajouter que l'ensemble de la propriété était en exploitation depuis cinquante ans; il appartenait à une association de Shakers qui y avaient érigé une cinquantaine de bonnes constructions, habitations, magasins, etc. Leur nombre ayant diminué, ces Shakers vendirent à l'État leur propriété pour moins de la moitié de sa valeur. Plusieurs bâtiments ont été déjà transformés et arrangés pour leur destination nouvelle; on y a établi l'éclairage électrique et fait d'importantes installations pour le chauffage, l'approvisionnement d'eau et les égouts.

Plan de la colonie. — La loi autorisant la fondation de la colonie a statué qu'elle serait disposée comme un village. Pour se conformer à cette exigence, le Conseil d'administration confia à un architecte de talent, M. Fred. L. Olmstead, la mission d'établir les plans d'un village industriel et agricole, d'après les règles les plus récentes du progrès. Trente à quarante des bâtiments déjà existants peuvent dès maintenant être utilisés dans l'ordonnance générale. *Craig Colony* n'aura nulle part l'aspect

d'un asile ; elle aura plutôt celui d'une petite ville de province. A mesure que les malades y arriveront on leur donnera du travail approprié aux aptitudes de chacun d'eux. Les uns seront chargés de l'exploitation des fermes, de la culture des jardins et des vergers ; les autres seront occupés à élever de nouvelles habitations. Il y aura parmi eux des tailleurs, des cordonniers, des imprimeurs, des relieurs, des maçons, des forgerons, des charpentiers, des peintres, etc. En un mot, tous les genres d'occupation qui constituent la vie d'un vrai village se trouveront réunis dans la colonie, avec cette seule différence que les citoyens de cette communauté seront des épileptiques.

Nécessité d'un établissement de ce genre.— L'épilepsie, avons-nous besoin de le dire, est une maladie spéciale qui se caractérise par la perte de la connaissance et par des convulsions. L'accès ou crise épileptique se produit à intervalles irréguliers, et peut durer de quelques secondes à quelques minutes, parfois davantage. Certains malades ont des accès tous les jours et même plusieurs dans une même journée ; d'autres n'en ont un que chaque semaine, chaque mois, ou même seulement une ou deux fois par an. Ce n'est que pendant la durée de la crise qu'ils perdent leurs aptitudes physiques ou mentales. Tout le reste du temps, ils se portent bien, sont forts et sains en apparence, et tout aussi capables de travailler de corps ou d'esprit que n'importe quel autre individu. Mais le seul fait qu'ils sont sujets à leurs accès les empêche de jouir des privilèges dont peuvent jouir les autres individus. On leur refuse l'entrée des écoles publiques et ils ne peuvent recevoir aucune instruction. On ne leur permet pas d'assister aux offices du temple ni aux réunions publiques. Leurs camarades les évitent et ils deviennent à charge à leur famille. Quand ils parviennent à l'adolescence, ils ne trouvent personne qui

venille les employer; si capables qu'ils soient d'ap-prendre un métier, d'exercer une profession, les ateliers, les magasins, les collèges leur sont fermés. Les hospices ordinaires ne peuvent les admettre au nombre de leurs pensionnaires, et, en somme, on ne les accueille nulle part, excepté dans les asiles d'indigents ou les maisons d'aliénés. Et comme les maisons d'aliénés valent mieux que les asiles de pauvres, c'est là que beaucoup d'entre eux sont envoyés de préférence.

D'après la statistique la plus récente, il y a dans l'État de New-York huit cents épileptiques prêts à entrer dans la colonie, aussitôt qu'ils pourront y être reçus.

But de la colonie. — Ce que nous venons de dire nous permet de préciser comme suit le but de notre colonie pour les épileptiques :

1° Leur ouvrir des écoles où ils puissent recevoir une instruction semblable à celle des autres enfants et jeunes gens ;

2° Leur donner l'apprentissage nécessaire pour le genre de travail ou d'industrie auquel ils désireraient se consacrer ;

3° Ouvrir une demeure à ceux d'entre eux à qui toutes les portes sont fermées ;

4° Traiter chaque cas d'épilepsie par les méthodes scientifiques les mieux expérimentées.

Avantages de la fondation. — Les ressources de la propriété sont telles que les habitants de ce village unique en son genre pourront y trouver tous les approvisionnements qui leur seront nécessaires, et que le surplus de leurs produits, dus soit à l'agriculture, soit à la fabrique, utilisés avec sagesse, pourront, en pratique, rendre la colonie indépendante de toute assistance extérieure. De la sorte, les nombreux malades de l'État qui s'imposent actuellement à la charité publique ne seront plus à la charge de ceux qui paient des impôts.

Réserves quant à la provenance des admissions. — Les malades qui sortent des asiles d'indigents ou d'autres maisons de charité publique, et qui sont dits *malades de l'État*, seront admis avant tout autre malade. Les autorités qui, dans chaque partie de l'État, s'occupent des indigents, les enverront à la colonie en se conformant aux indications établies par la loi. Pour avoir les formules des demandes d'admission, on s'adressera soit au Conseil de l'Assistance publique, soit au Directeur de la colonie.

Malades particuliers. — Quand tous les épileptiques actuellement à la charge de l'État, et susceptibles d'être admis dans la colonie, y auront été installés, les autres pourront, à leur tour, y être reçus, à des prix qui seront déterminés par le Conseil d'administration, suivant la nature des soins et le degré de surveillance qui leur seront nécessaires. Ces malades pourront, s'ils le désirent, se construire dans la propriété des habitations pour leur usage personnel ; ils en adresseront la requête au Conseil d'administration.

Étude de l'épilepsie. — Un des buts du Conseil d'administration, et non le moins important, est d'établir la colonie comme centre de recherches cliniques et pathologiques sur l'épilepsie. Un médecin, nommé à cet effet, aura pour mission spéciale de rechercher, autant que possible, les origines de cette maladie si répandue et presque irrémédiable. Ces recherches permettront peut-être un jour de découvrir un remède applicable à la majorité des épileptiques, et qui donne un chiffre de guérisons supérieur au 6 p. 100 de cas qui cèdent aujourd'hui au traitement.

Donations faites à la colonie. — La loi permet au Conseil d'administration de recevoir et de conserver, au nom de l'État, tout don, tout legs testamentaire en argent ou en autre nature, en terres par exemple, toute

donation qui serait affectée à l'entretien et à l'éducation des épileptiques et aux besoins généraux de la colonie.

Les personnes charitables trouveront là une occasion d'appliquer leur argent à une œuvre de haute bienfaisance. Dans l'avenir, les noms des donateurs seront appliqués aux chapelles, bibliothèques, musées, gymnases, écoles, magasins, simples habitations que l'on se propose d'ériger et qui seront ainsi des édifices commémoratifs (1).

(1) Il est bien à souhaiter que l'on voie s'établir en France et se généraliser des institutions du même genre. Celles qui y existent jusqu'à présent sont insuffisantes en nombre ou ne s'adressent qu'à des catégories trop restreintes d'épileptiques. Il y a cependant bien des malheureux, atteints de la terrible maladie, à qui ces institutions rendraient de grands services, en même temps qu'elles constitueraient une vraie sauvegarde pour le Bien public.
(N. D. L. R.)

Revue critique.

L'HOMICIDE

AU POINT DE VUE DE L'ANTROPOLOGIE CRIMINELLE (1)

Par le Dr René SEHELAINNE

L'ouvrage consacré par Enrico Ferri à l'étude de l'homicide, au point de vue de l'anthropologie criminelle, est le fruit de longues et patientes recherches commencées en 1882. L'auteur envisage l'homicide comme correspondant, dans la série des êtres vivants, au meurtre d'un animal par un animal de même espèce. Tous les animaux vivent de meurtres et de rapines, les animaux d'une espèce supérieure tuant pour s'en repaître ceux d'une espèce inférieure. L'homme vit d'animaux et de plantes et, pour en vivre, il les tue. C'est là une loi naturelle et par suite éminemment morale. Le meurtre ne devient un acte contre nature et criminel que lorsque le meurtrier et la victime appartiennent à une même espèce. Les animaux qui tuent obéissent à des mobiles divers, dont un des plus puissants est la lutte pour l'existence. Ils occupent en nombre un même territoire, leurs goûts, leurs besoins sont identiques; les plus forts ou les plus rusés se débarrassent de leurs rivaux et jouissent ensuite paisiblement des biens que leur offre la nature. Chez ceux qui vivent en société, comme les four-

(1) *L'Omicidio nell' Antropologia criminale. Omicida nato e omicida pazzo* (L'homicide au point de vue de l'anthropologie criminelle. L'homicide né et l'aliéné homicide); par Enrico Ferri. 1 vol. in-8° de 739 pages, avec atlas anthropologico-statistique, 333 pages. Turin, Fratelli Bocca, 1895.

mis et les abeilles, c'est l'ambition, le désir du pouvoir qui engage à supprimer ses adversaires. Les mâles tuent pour jouir de la femelle. Certains animaux semblent incités au meurtre par une sorte d'instinct social ; ainsi les abeilles qui, après la fécondation, massacrent les mâles devenus inutiles à la communauté. La cupidité, l'antipathie, la colère, la vengeance, la méchanceté peuvent déterminer le meurtre. Les fourmis et les abeilles font la guerre et livrent des batailles rangées. On constate aussi chez les animaux la folie meurtrière, soit par transmission héréditaire, soit sous forme d'accès de fureur maniaque. Le cannibalisme n'est pas chose inconnue, et l'on voit même des mères dévorer leurs petits.

Tous ces meurtres n'offrent-ils pas les caractères propres du véritable crime ? Non seulement ils se produisent chez des êtres de même espèce et parfois unis par les liens du sang, mais ils sont le résultat (en exceptant la lutte pour la vie) de tendances individuelles et non d'un instinct spécifique et général. Si l'on prend au hasard une centaine de chevaux, de chiens, d'éléphants, on n'en trouve qu'un ou deux qui soient indomptables et pervers ; sur cent chattes ou femelles de lapins, quelques-unes seulement délaissent leurs petits. Cette perversité est donc une tendance personnelle à des individus anormaux et criminels, tendance inconnue aux autres animaux de même espèce qui, au contraire, répugnent naturellement au meurtre de leurs semblables.

Les formes premières du meurtre criminel se modifient en passant des animaux à l'humanité préhistorique et aux sauvages qui la représentent aujourd'hui, et de la civilisation orientale primitive à la société actuelle. Chez les peuples sauvages, on trouve l'avortement, inconnu des animaux : en Tasmanie les femmes n'acceptent d'être mères qu'après quelques années de mariage, dans la crainte de perdre la fraîcheur de leur chair ; dans l'île de Formose, jusqu'à l'âge de trente-six ans, l'avortement semble d'utilité et de morale publiques. L'infanticide est encore plus répandu. Chez certaines tribus, on se débarrasse des vieillards, des malades, des femmes devenues infécondes. Le meurtre des adultes a des causes nombreuses. Tantôt ce sont les rites funé-

raires ; à l'avènement d'un roi, on égorge des victimes humaines sur la tombe du prince défunt. Tantôt il s'agit d'un sacrifice, d'un présent offert à la Divinité. Des peuplades superstitieuses immolent un être humain devant la demeure des chefs, dans l'espoir d'attacher un esprit à la garde de l'édifice. Le cannibalisme reconnaît le plus souvent pour cause le manque de nourriture, mais il résulte parfois d'un sentiment religieux, d'une croyance superstitieuse ; ainsi la conviction que celui qui mange un homme s'en approprie l'âme et qu'en absorbant telle partie du corps on en gagne les qualités morales : le cœur transmet le courage, l'œil la perspicacité, les organes génitaux la virilité. La piété filiale elle-même peut conduire au cannibalisme ; chez certaines peuplades de Sumatra, l'homme qui se sent vieillir et que la vie fatigue, commande à ses enfants de le tuer et de le manger ; au jour fixé pour la cérémonie, il s'assied sur un tronc d'arbre, entouré de tous les siens qui entonnent un chant funèbre ; puis le vieillard se lève et ses plus proches parents l'immolent et le mangent pieusement. Les prisonniers de guerre servent souvent de pâture aux vainqueurs et quelques peuplades ne pratiquent le cannibalisme qu'en cette seule occasion. Enfin l'anthropophagie peut être une conséquence de la gourmandise et d'un goût prononcé pour la chair humaine.

Enrico Ferri termine ces quelques aperçus en posant les principes suivants : 1° dans la vie criminelle, chez l'homme et chez les animaux, il n'y a qu'une différence de degré ; 2° chez les animaux comme chez les peuplades sauvages, ces faits plus ou moins atroces ne sont pas le résultat de tendances spécifiques ; on les observe parmi les races plus douces et relativement moins sauvages ; 3° l'aversion morale et juridique contre le meurtre n'existe pas ou n'est qu'à l'état embryonnaire chez les peuplades sauvages, de même que chez les animaux ; elle suit, comme toute manifestation psychologique, la lente évolution de la société humaine ; 4° la justice, au sens moral et juridique du mot, loin d'être éternelle et absolue, est essentiellement relative et variable ; 5° le meurtre de son semblable a de profondes racines dans l'organisme, non seulement humain mais animal ; c'est

nn résultat naturel de causes physio-psychologiques, physiques et sociales.

Partant de ce dernier principe, l'auteur passe en revue les causes naturelles de l'homicide. Il étudie la constitution organique des criminels et expose les recherches anthropométriques faites sur 1,711 délinquants, aliénés ou normaux. Tous les criminels, remarque-t-il, ne se distinguent pas des autres hommes par leur constitution organique extérieure ; mais, chez un grand nombre, les anomalies physiques se présentent et s'accumulent avec une fréquence telle qu'on peut faire de ces individus une variété anthropologique inférieure.

Au point de vue de la physionomie, Enrico Ferri distingue : 1° le *type homicide simiesque* : expression générique d'atavisme préhumain, caractérisé surtout par le prognathisme, avec parfois physionomie des races inférieures ; 2° le *type homicide dégénéré* : certains individus n'offrent pas le type criminel, mais des stigmates de dégénérescence physique et psychique, les uns ne présentant qu'un degré d'infériorité, d'autres arrivant à la folie, d'autres enfin, par le fait d'une constitution anthropologique particulière encore peu connue et sous l'influence de causes extérieures, devenant criminels ; 3° le *type homicide commun à longue face* : énorme développement de la face par rapport au crâne ; figures caractéristiques assez souvent rencontrés dans les prisons ; 4° le *type homicide commun à grand maxillaire* : c'est le type le plus fréquent de l'homicide ; 5° le *type homicide commun à front fuyant* : grandes arcades sourcilières, front fuyant, grand développement de la face, yeux petits ; 6° le *type homicide de race inférieure* : figures mongoloïdes ou négroïdes, témoignant la part de l'atavisme dans la genèse du crime.

Au point de vue psychologique, l'auteur admet deux types nets et tranchés : l'homicide né et l'homicide aliéné.

Un des caractères les plus frappants de l'homicide né est l'insensibilité morale. Les souffrances, les spasmes des hommes et des animaux le laissent indifférent. Il commet le crime avec une froide férocité et conserve ensuite une impassibilité apathique. Il reste calme auprès du cadavre de sa victime et peut dormir à côté

d'elle d'un sommeil paisible. A l'insensibilité morale se joignent l'obtusion de la sensibilité physique et l'anal-gésie psychique, c'est-à-dire une complète indifférence pour ce que les hommes normaux appellent douleur morale. Il professe à l'égard de ses complices une égale insensibilité, et la manifeste soit par une tentative de meurtre, soit par la joie que lui procure la nouvelle de leur mort, soit par la brutale satisfaction qu'il éprouve en les accusant sans aucun profit personnel et souvent même à son préjudice. Pour de tels individus l'intimidation pénale est inefficace, et la vue d'une exécution ne fait que leur inoculer la pensée du crime.

L'homicide né ne répugne aucunement à l'idée du meurtre qu'il va commettre. Il en parle avec expressions burlesques, il expose avec une sorte de vanité ses projets criminels, comme s'il s'agissait d'un honnête travail. Le crime n'est pour lui qu'une simple contravention aux règlements de police et il raconte avec calme eux qu'il a commis. Il est fier de ses actes et parle sans remords de ses victimes; souvent même il les tourne en dérision ou les calomnie. Une fois livré à la justice, s'il nie parfois avec obstination, c'est uniquement pour éviter le châtimement suprême; du reste la vie de prison ne lui est aucunement pénible, et le nombre de condamnations le laisse indifférent.

En mettant à part ces conditions anormales du sens moral, on constate que, au point de vue des autres sentiments, les homicides nés sont, à peu de chose près, semblables aux autres hommes, spécialement à ceux de la classe sociale à laquelle ils appartiennent. Ainsi, on peut rencontrer chez eux le sentiment religieux. Ce sentiment, d'après l'auteur, est absolument étranger à la genèse du crime dont on doit rechercher l'origine dans le développement variable du sens moral ou social. Si un homme possède le sens moral, c'est là que réside la seule et véritable cause de sa conduite dans la vie; le sentiment religieux sera tout au plus un auxiliaire ultérieur. Si, au contraire, le sens moral fait défaut, le sentiment religieux peut devenir un excitant du meurtre (témoins les accès criminels déterminés par le fanatisme), ou bien il reste à l'état de frein impuissant, car il manque de point d'appui, il s'adapte à l'insensibilité mo-

rale primitive. De même que l'homme doux et honnête adore un Dieu d'amour et de pardon, de même l'homme pervers et immoral se forge un Dieu cruel et vindicatif; c'est ce que l'on constate en plus grand dans l'histoire religieuse des peuples.

Chez l'homicide né, l'amour-propre, la vanité, l'orgueil sont parfois poussés à un degré extrême. Ce sentiment excessif du moi se rencontre chez les assassins les plus fameux, et principalement chez les chefs de bande dont quelques-uns, aux plus florissantes époques du brigandage, prenaient le titre de général, et prétendaient traiter d'égal à égal avec le roi. De même l'amour du faste et du panache. Le sentiment de la vengeance ne dérive-t-il pas aussi bien souvent de l'orgueil? Chez les criminels, il pousse à l'homicide pour les motifs les plus futils, longtemps même après l'offense, et parfois il atteint des victimes innocentes, coupables seulement d'avoir entretenu des rapports avec l'offenseur.

L'homicide né manifeste une égale passion pour le jeu, l'alcool, les femmes.

D'autre part, malgré sa constitution spéciale et inférieure, il est capable d'actions nobles et morales. Il a souvent de l'affection pour les siens et n'est pas absolument indifférent à l'amitié. A l'occasion, il sait être généreux et charitable. Il peut montrer une certaine loyauté et tuer au grand jour et sans embûches. On rencontre même chez lui le sentiment de la justice, mais il ne s'élève guère au-dessus de la loi du talion.

La classe des homicides nés présente, comme marque intellectuelle spécifique, une association d'idées faible et incomplète. L'idée criminelle n'éveille pas chez eux cette crainte de conséquences funestes qui, chez les hommes normaux, constitue, avec la répulsion instinctive pour le meurtre, le fondement moral de leur honnêteté. Dans le cerveau normal, lorsque surgit une idée criminelle, elle reste à l'état de simple idée abstraite; car elle détermine, dans les centres cérébraux, les émotions antagonistes de répugnance physique et morale, et les idées des sanctions morales, sociales et légales. Chez l'homicide né, au contraire, absence absolue de répugnance à l'idée criminelle, et passage, sans contrôle, sans aucune inhibition volitive, de l'idée à l'action.

Chez l'homicide aliéné, tantôt la détermination au meurtre se produit par un processus lent et réfléchi, tantôt elle se crée sous l'influence d'une impulsion subite, et l'acte suit immédiatement l'éclosion de l'idée.

L'invasion lente de l'idée homicide débute généralement par une sensation ou une pensée soudaine qui, évoluant sur un terrain prédisposé par dégénérescence héréditaire ou acquise, captive l'activité cérébrale et peut présenter tous les degrés d'intensité de l'obsession morbide. Quelquefois cette invasion lente, cette cristallisation de l'idée homicide, n'exclut pas la conscience de la folie ; le malade se rend compte qu'il éprouve un désir contraire aux lois de la justice et de l'humanité, passible de peines sévères, et pourtant il faut qu'il tue. Ces cas qui, pour les anciens psychiatres, constituaient la monomanie homicide, sont de véritables maladies de la volonté, assez souvent unies à l'épilepsie plus ou moins latente.

Quelquefois les aliénés prennent certaines précautions pour ne pas céder à l'impulsion homicide ; ils demandent à leurs amis ou aux autorités de les contenir, ou supplient leur victime de fuir, quand ils redoutent la violence d'un accès ; certains même se frappent et se mutilent pour détourner l'impulsion psycho-motrice ou s'enlever la possibilité d'agir.

L'impulsion homicide momentanée est une espèce de vertige impulsif, auquel le malade cède instantanément ; il tue sans motifs. Parfois il agit sous l'influence d'hallucinations et d'illusions, ignorées, du moins au point de vue de leur gravité, de ceux qui n'ont avec lui que des relations de famille ou de société. On peut distinguer trois types principaux : 1° hallucinations ou illusions terrifiantes ; 2° délire de persécution ; 3° obéissance à l'ordre impérieux et obstiné d'une voix plus ou moins menaçante. On constate pourtant quelquefois des motifs au crime, tels que l'orgueil offensé, l'antipathie, la haine, la vengeance, la passion. L'homicide peut aussi être une sorte de suicide, certains aliénés ne tuant que dans l'espoir de l'expiation. D'autres fois encore le but est de soustraire la victime aux périls de l'existence, aux chagrins, à la damnation.

Le meurtre, parfois prémédité, est généralement

accompli ouvertement, devant témoins. Un caractère important est l'absence de complices (excepté dans les cas de folie contagieuse ou épidémique, lorsque, dans une localité donnée, une partie de la population est prise d'une même forme psychopathique et que plusieurs personnes s'exaltent ensemble et s'associent pour perpétrer un ou plusieurs crimes ; les épileptiques s'associent aussi assez fréquemment, ce qui, d'après l'auteur, marque une des nombreuses ressemblances entre l'épileptique et le criminel né).

L'homicide aliéné, quand il agit sous l'influence d'une idée fixe impulsive, présente, au moment du crime, une agitation extrême. Les hypémaniaques, les persécutés, sont conscients de leur action ; les alcooliques et les épileptiques, poussés par une impulsion de courte durée, sont inconscients.

Les homicides nés, hormis les cas de haine spéciale par cupidité ou dissensions domestiques, conservent un certain degré d'affection pour les personnes de leur famille, et tournent plutôt leurs instincts sanguinaires contre les étrangers. Chez les homicide nés aliénés, on observe souvent des scrupules et des craintes, des idées fixes impulsives, qui incitent au meurtre de personnes chères. L'homicide né tue par vengeance, haine, cupidité, ou quelque autre motif inavouable ; l'homicide aliéné est entraîné par une force impulsive qu'il ne peut réfréner.

Si l'homicide né fait plusieurs victimes, c'est pour éviter d'être reconnu ou pour favoriser sa fuite. Lorsqu'il s'agit du meurtre de plusieurs personnes, n'ayant aucun rapport avec la première victime, n'ayant tenté ni de s'opposer au crime ni d'arrêter l'assassin, on doit suspecter la folie.

Les homicides aliénés présentent après le crime, au moment de leur arrestation, devant le cadavre de leur victime ou au cours du procès, le même calme, la même indifférence que les homicide nés. Mais chez ceux-ci la raison de ce calme, de cette indifférence, réside dans l'insensibilité morale, congénitale et profonde, qui ne leur permet point de sentir le degré du crime.

Chez les homicide aliénés, le calme, généralement moins effronté et moins cynique, provient soit de l'in-

conscience (idiotie, imbecillité), soit de l'oubli plus ou moins complet de la scène du meurtre (épilepsie, alcoolisme, accès maniaque, etc.), soit de l'idée qu'ils ont accompli une juste vengeance, exercé le droit strict de légitime défense (délire de persécution), soit de la conviction qu'ils ont agi dans l'intérêt de leurs victimes, en les sauvant de la misère, de la damnation, etc. (lypémanie, manie religieuse, etc.). C'est-à-dire que chez les homicides nés, la conduite après le crime exprime une anomalie profonde du sens moral, tandis que, chez les homicides aliénés, ce n'est qu'un effet d'inconscience, ou la conséquence logique d'une idée délirante (à l'exception de certains épileptiques dont, par suite de l'analogie que présente leur névrose avec la névrose criminelle congénitale, la conduite peut s'expliquer par l'insensibilité morale). L'absence de remords se comprend, chez les homicides aliénés, par les raisons précédentes ; chez les homicides nés, elle est la suite de l'atrophie fondamentale ou du défaut de sens moral.

La prostration, la somnolence invincible après la crise s'observent parfois chez les aliénés ; mais leur sommeil est bien différent de celui de l'homicide né qui goûte, quelques heures après le crime, un repos paisible, ainsi qu'un honnête ouvrier après son travail.

Plus fréquemment, chez l'aliéné, à l'impulsion homicide succède, par contre-coup, l'impulsion immédiate au suicide.

Beaucoup d'aliénés restent en suspens entre l'homicide et le suicide, et la circonstance la plus fortuite peut décider de la direction de leur impulsion. Les persécutés et les mélancoliques qui ignorent en quoi consiste exactement la cause de leurs maux, tendent au suicide ; quand, au contraire, ils croient avoir trouvé l'auteur de leurs tourments, ils penchent vers l'homicide.

La sensation de soulagement que procure l'accomplissement du crime est un symptôme caractéristique chez les aliénés et diffère de la satisfaction éprouvée par les homicides nés. Chez ceux-ci, il s'agit d'un phénomène purement mental se résumant dans l'idée d'une passion assouvie ; chez l'homicide aliéné, il y a surtout sensation de délivrance, disparition du malaise profond dont est né l'acte criminel.

Souvent les aliénés se présentent d'eux-mêmes à l'autorité et se laissent arrêter sans résistance aucune. D'autres fois, ils fuient et même se préparent des alibis; cette fuite peut être automatique, mais elle est fréquemment un acte conscient, dont le but est d'échapper aux recherches de la justice. Arrêtés, ils avouent généralement sans réticence, et leurs aveux sont caractéristiques. Les aliénés criminels, spécialement dans les formes impulsives, racontent qu'avant l'exécution du meurtre ils ont éprouvé de la céphalée, de la pesanteur dans la tête, des vertiges, de l'oppression, des palpitations, de l'anxiété, etc. Quelques-uns donnent des raisons en apparence logiques, d'autres s'accusent de délits imaginaires (principalement les mélancoliques, ou les malades pour qui l'homicide est un but de suicide).

Au cours du procès, les aliénés protestent contre l'imputation de folie, quelquefois avec une telle énergie qu'ils passent pour raisonnables aux yeux de la foule et des magistrats; ceux-ci, d'ailleurs, n'ont en vue que la sécurité de la société, et accusent les experts d'être plus royalistes que le roi, en soutenant la folie, tandis que l'accusé lui-même la nie, malgré l'avantage qu'il en pourrait retirer. C'est précisément cette protestation, si contraire à l'intérêt personnel, qui constitue un symptôme caractéristique.

Certains aliénés dissimulent leur délire; d'autres, anxieux d'échapper au châtement, et inconscients de leur état pathologique, simulent une autre vésanie, de forme apparente, et telle que se le figure l'opinion publique (manie furieuse, imbecillité, etc.).

Chez les homicides aliénés, comme chez les homicides nés, on note fréquemment des antécédents héréditaires morbides (folie, idiotie, alcoolisme, névroses, suicide, crimes); ces constatations forment aujourd'hui une des plus solides données de la psychopathologie légale. Les antécédents personnels psychiques ou criminels ne sont pas rares. Néanmoins les malades, bénéficiant du principe classique de l'impunité dans la folie, sont laissés libres ou font un court séjour dans un établissement spécial. Ils ont donc les loisirs nécessaires pour renouveler leurs excès. L'auteur réclame, au nom de la défense sociale, la création d'asiles pour criminels,

et il termine son œuvre par les conclusions suivantes :

1° Tous les délinquants homicides n'offrent pas, au point de vue organique et psychique, l'ensemble des caractères qui distinguent leur physionomie morale.

2° Les anomalies psychiques et organiques offrent un rapport intime de causalité et de connexion ; souvent même elles coïncident.

3° Il existe, tant du côté organique que psychique, des caractères si nets qu'à eux seuls ils suffisent pour établir le facteur anthropologique ou individuel de l'homicide ; mais, au point de vue spécial de la décision pénale, les deux séries de symptômes sont indispensables et se complètent mutuellement.

4° Il peut y avoir anomalie psychique profonde et sérieuse, par exemple insensibilité ou non-répugnance au meurtre, et en même temps apparence quasi normale au point de vue des sentiments égo-altruistes (affection pour la famille, amitié, générosité, loyauté, justice), ces sentiments pouvant coexister avec la trempe morale anormale en qui réside la genèse psychologique de l'homicide.

5° Pour juger un crime, au point de vue de la psychologie et de la psychiatrie, il ne suffit pas d'avoir du bon sens, de suivre ses premières impressions ou de se laisser influencer par ses propres sentiments, comme le font les profanes, magistrats et public ; il est indispensable d'étudier à fond chaque individu, avec méthode et scientifiquement. D'où la nécessité d'études anthropologiques et psychologiques pour le juriste, l'officier de police, le juge et le législateur. Ils seraient alors plus aptes à remplir des fonctions dont le but est de prévenir et de réprimer les délits.

6° Tous les caractères psychiques de l'homicide ne se résument en une expression d'égoïsme antisocial apathique et sauvage, suite d'arrêt de développement, de dégénérescence régressive ou de processus pathologique, et représentant un état psychique semblable à celui de l'humanité primitive.

7° L'étude de la constitution psychique de l'homicide né ou aliéné démontre la nécessité de mieux adapter les moyens de défense sociale aux forces qui déterminent le crime. Il vaut mieux prévenir que réprimer, et on doit

abandonner cette illusion que tous les délinquants peuvent être réduits par un même système de répression et sont susceptibles de s'amender à échéance fixe.

8° Entre les homicides nés et les homicides aliénés, les différences de caractère psychologique sont plus nombreuses que les analogies. Même en admettant l'analogie de quelques symptômes, on peut distinguer parmi les aliénés : 1° ceux qui offrent un état congénital (folie morale, épilepsie, imbécillité), déterminant comme chez les homicides nés, une anomalie fondamentale et primitive de la trempe morale ; 2° ceux qui ne présentent ces symptômes que par suite de troubles survenus dans leur activité psychique.

9° Quelquefois les circonstances même du meurtre révèlent l'état psycho-pathologique du meurtrier ; d'autres fois, par contre, on ne peut, à première vue, décider si l'homicide a été commis par un délinquant vulgaire ou par un aliéné.

10° Sans le cas d'idée d'homicide fixe impulsive, avec conscience de la folie, il n'existe pas de forme spéciale de manie ou monomanie homicide, soit permanente, soit transitoire, caractérisée par une tendance morbide et inconsciente au meurtre. L'homicide est la manifestation criminelle, soit d'une forme psychopathique bien définie, comme l'imbécillité ou l'idiotie, l'accès maniaque ou mélancolique, le délire de persécution, la folie puerpérale, la démence avec paralysie progressive, l'épilepsie manifeste, l'alcoolisme aigu ou chronique, etc., soit de psychoses épileptico-dégénératives à forme larvée, avec ou sans stimulant alcoolique ; c'est à ces psychoses qu'il faut attribuer tous les cas de meurtres incompréhensibles et étranges.

11° Au point de vue social, la criminalité est un degré de dégénérescence plus profond et plus dangereux que la folie. En effet, tous les criminels, par tendances congénitales anti-sociales, sont toujours malfaisants. Les aliénés, au contraire, ne sont dangereux qu'en minorité ; le plus grand nombre conservent intacte, dans le naufrage de leur intelligence, la trempe morale primitive, et ils préfèrent généralement le suicide à l'homicide.

12° Hormis le cas de légitime défense, le meurtre,

qu'il soit motivé ou non, et que ce motif soit réel ou illusoire, est toujours le résultat d'un état anormal, congénital ou acquis, permanent ou transitoire, de l'activité psychique individuelle.

L'auteur qui, dans un deuxième volume, décrira l'homicide passionnel et l'homicide d'occasion, se demande si, dans la société actuelle, le délit, pris au sens le plus large du mot, n'est pas la règle plutôt que l'exception ; l'envisageant comme un symptôme de pathologie sociale, il espère qu'après une période épidémique plus ou moins longue, la maladie se limitera à des cas isolés.

En résumé, Enrico Ferri admet quatre types de criminels : l'homicide né, l'homicide aliéné, l'homicide passionnel et l'homicide d'occasion. Les homicides nés seraient des êtres anormaux, dégénérés, se rapprochant de l'humanité primitive.

Certaines personnes éprouveront peut-être une médiocre satisfaction à s'imaginer leurs pères des âges préhistoriques semblables à la population actuelle des bagnes et des prisons, mais ce n'est qu'une question d'amour-propre ; nombre de colonies florissantes sont écloses d'un dépôt de forçats. Quant à la classification des homicides, n'est-elle pas un peu factice, et les types d'une classe ne pourraient-ils point passer dans une autre sans le moindre inconvénient ? Ainsi l'auteur range les idiots criminels parmi les aliénés. « On ne devrait pas, faisait remarquer Georget, faire de l'idiotie une forme de délire ; un défaut originaire de développement n'est pas, à proprement parler, une maladie. C'est tout comme si on plaçait à côté l'un de l'autre comme semblables, le manque de règles par l'atrophie ou l'absence de l'utérus et une suppression accidentelle de cet écoulement. Les idiots doivent être rangés parmi les monstres ; c'en est de véritables sous le rapport intellectuel. » L'idiot criminel pourrait donc aussi bien être classé parmi les homicides nés qui ressemblent peut-être à nos ancêtres, mais qu'on doit aujourd'hui considérer comme des monstres. Beaucoup d'homicides passionnels sont des dégénérés pouvant rentrer soit dans la classe des homicides nés, soit dans celle des homicides aliénés. Du reste, à quoi bon ces divisions ? Chez l'homicide né,

nous dit Enrico Ferri, il y a absence absolue de répugnance à l'idée criminelle, et passage sans contrôle, sans aucune inhibition volitive, de l'idée à l'action. Nous nous trouvons donc en présence d'une constitution cérébrale particulière prédisposant au meurtre, d'une malformation psychique l'imposant presque, c'est-à-dire en présence d'une aliénation mentale. On reviendra toujours à la vieille classification des criminels en responsables et en irresponsables. Si l'on veut même les déclarer tous irresponsables, je n'y vois pas d'inconvénient, à condition qu'on les mette dans l'impossibilité de nuire, en les maintenant à perpétuité dans des établissements spéciaux, sans aucune permission de sortie, et surtout sans communication avec les personnes d'un autre sexe. La reproduction devenant difficile, la graine de criminels cesserait de germer ; on ne verrait plus ces *états psychiques semblables à ceux de l'humanité primitive*, et les passants attardés ne seraient plus exposés à la pénible rencontre d'un ancêtre exigeant la bourse ou la vie.

Mais toute médaille a son revers ; avec le crime nous verrions disparaître les criminalistes, et ce serait grand dommage, surtout lorsqu'il s'agit d'hommes de la valeur de M. Enrico Ferri. Son livre, très étudié, très fouillé, d'une lecture fort attachante, est digne en tous points de l'éminent psychologue. Nous ne pouvons que souhaiter l'apparition prochaine du second volume où l'auteur, après avoir signalé le mal, indiquera le remède.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE SOLENNELLE DU 27 AVRIL 1896.

Présidence de M. CHARPENTIER

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Cascella, remerciant la Société de l'avoir nommé membre associé étranger.

2° Une lettre de M. Henri Darin, sollicitant le titre de membre correspondant. — Commission : MM. Bouchereau, Dubuisson et René Semelaigne, rapporteur.

Rapport de la Commission du prix Esquirol.

M. PACTET. — Vous avez nommé une Commission composée de MM. Bouchereau, Mitivié, Ritti, Aug. Voisin et Pactet, rapporteur, pour examiner les mémoires présentés au concours du prix Esquirol. Les concurrents se sont montrés, cette année, moins empressés qu'à l'ordinaire et votre Commission n'a eu qu'un seul mémoire à juger. Il porte pour épigraphe ce mot de Montaigne : « Ceci est un bouquet de fleurs estrangières et n'ai fourni du mien que le filet à les lier » et il est intitulé : « Contribution à l'étude du délire de jalousie dans l'alcoolisme. »

Avant d'exposer une rapide analyse de ce travail, qu'il nous soit permis de féliciter l'auteur du choix de son sujet, qui est, on peut le dire, un sujet d'actualité. La question de l'alcoolisme n'est-elle pas devenue, dans ces derniers temps, une préoccupation obsédante pour

le monde aliéniste, et n'assistons-nous pas à une véritable croisade contre ce fléau de notre société contemporaine? Nous devons aussi des éloges à l'auteur, pour certains aperçus psychologiques que nous avons rencontrés dans son mémoire et qui témoignent d'une culture littéraire étendue et de connaissances philosophiques approfondies.

Dans un avant-propos, il nous montre le rôle que joue l'alcoolisme dans la société moderne, les différents aspects qu'il revêt suivant le milieu où il se développe et suivant la nature des produits absorbés. Il n'a point la prétention de faire un travail d'ensemble; mais dans cette question, dit-il, qui intéresse tous les peuples et tous ceux qui s'occupent de la vie, de la santé, de la prospérité des collectivités humaines, chacun peut apporter sa modeste contribution, et il a pensé qu'il y aurait quelque intérêt à insister particulièrement sur certaines conceptions délirantes qui apparaissent au cours de l'intoxication chronique par l'alcool.

Or, en l'espèce, les idées de jalousie sont loin de constituer une rareté et, dans l'historique qu'il consacre à la question, il fait voir que leur fréquence n'a pas échappé à la sagacité des observateurs qui ont étudié l'alcoolisme, mais qu'en France on ne paraît pas leur avoir accordé l'importance que leur attachent les psychiatres étrangers. Il cite Marcel, qui a rapporté deux observations où le suicide de l'alcoolique a été provoqué par l'apparition d'idées de cette nature; M. Magnan, qui parle de malades jaloux, soupçonneux, se disant trompés par leur femme et interprétant dans le sens de leur délire tout ce qui se fait ou se dit autour d'eux; Krafft-Ebing, pour qui la plupart des alcooliques chroniques mariés ou vivant avec une maîtresse, présentent l'idée délirante de l'infidélité de leur compagne, et enfin Kræpelin, qui partage la même opinion et a observé deux cas où des alcooliques en sont arrivés au meurtre, poussés par une jalousie aveugle. Il rapporte un passage où ce dernier auteur s'efforce de déterminer les conditions qui semblent favoriser l'éclosion de la jalousie, ce sont : les troubles dans le ménage que les habitudes d'intempérance font naître fatalement, l'éloignement des époux qui en est la conséquence, l'aversion croissante de la

femme pour le mari, l'impuissance naissante sous l'influence des excès de boisson qui amènent le buveur à l'idée qu'un penchant coupable de sa femme pour un étranger est la véritable raison de son changement d'attitude à son égard. Parfois aussi, des hallucinations visuelles ou auditives viennent apporter un nouvel aliment au délire et stimuler son activité.

Après cette incursion chez les auteurs qui se sont occupés de la question, nous trouvons quatorze observations personnelles ayant trait à des malades alcooliques chez lesquels l'auteur a constaté des idées de jalousie. Ces observations paraissent avoir été recueillies avec la préoccupation de bien mettre en lumière que les idées de jalousie étaient des conceptions délirantes ne reposant sur aucune base réelle. Il est incontestable que la fidélité est une vertu qui s'épanouit difficilement dans une atmosphère saturée d'alcool et, dès lors, dans les ménages d'alcooliques, les idées de jalousie peuvent ne pas paraître dénuées de toute vraisemblance. Aussi toutes les fois qu'il a pu le faire, l'auteur s'est-il renseigné auprès des familles, pour savoir ce qu'il pouvait y avoir de fondé dans les accusations des malades et, dans tous les cas qu'il rapporte, il est arrivé à cette conviction que les griefs articulés étaient purement imaginaires. Il établit le caractère maladif de ces conceptions sur trois ordres de preuves. La première est tirée des commémoratifs : une enquête minutieuse faite auprès des parents, des amis du malade montre que l'apparition de la jalousie a coïncidé avec le début des habitudes d'intempérance, sans que la conduite de la personne incriminée ait pu donner la moindre prise au soupçon. La seconde est basée sur l'évolution du délire : après un séjour plus ou moins prolongé à l'asile où il est sevré de boissons toxiques, le malade reconnaît de lui-même que ses allégations n'étaient pas fondées. Enfin, dans certaines circonstances, l'invraisemblance des accusations est tellement manifeste que le moindre doute ne saurait subsister au sujet de leur fausseté. Tel est, par exemple, le cas d'une femme qui soutenait que la surveillante de son quartier avait des rapports avec son mari, les jours de visite.

Chacune des observations est suivie de réflexions

daus lesquelles l'auteur s'attache à bien démontrer la corrélation qui existe entre les excès de boisson et l'apparition des idées morbides. Il nous fait voir aussi que la netteté de ces idées paraît être en raison inverse du degré de l'intoxication, et il explique cette particularité par l'obtusion intellectuelle qui est la règle dans l'alcoolisme aigu et s'oppose à un exposé précis du délire. Une remarque qu'il fait également, c'est que dans la plupart des cas, ces idées paraissent suivre une marche parallèle à celle de l'intoxication, prenant naissance avec elle et s'évanouissant par l'abstinence. Mais telle n'est pas toujours l'évolution de ce délire, assez fréquemment on le voit persister alors que l'organisme a cessé d'être influencé par l'alcool. C'est d'ailleurs là un fait qui n'a rien de surprenant : n'avons-nous pas journellement l'occasion de constater, par exemple, que certains délires de persécution, développés à l'occasion d'excès de boissons, survivent longtemps à la cause qui a présidé à leur genèse. Outre ces quatorze observations personnelles, l'auteur en rapporte trois autres, qu'il a trouvées dans la littérature médicale et où l'existence d'idées de jalousie est manifeste. L'une est empruntée à Fabre de Parrel et les deux autres à Vétault.

Tout en reconnaissant à l'auteur de sérieuses qualités cliniques, votre Commission a pensé devoir cependant lui adresser une critique. Un certain nombre de ses observations sont trop résumées, sont relatées d'une façon trop succincte. Au lieu d'exposer un tableau complet de l'état du malade qu'il observait, il s'est trop souvent contenté de noter les symptômes qui venaient à l'appui de sa thèse, en négligeant ceux qui ne paraissaient par avoir un rapport aussi immédiat avec son sujet. Peut-être aussi, aurait-il pu s'étendre davantage sur les réactions que détermine parfois la jalousie morbide, et il ne lui aurait pas été très difficile de recueillir dans la littérature médicale une riche moisson de faits démontrant le danger que présentent les malades de cette catégorie, tant pour eux-mêmes que pour les personnes qui les entourent. Il est juste de reconnaître qu'il n'a pas laissé absolument dans l'ombre ce côté de la question, qu'il rapporte le cas d'une femme qui fit une tentative de suicide par asphyxie, parce qu'elle supposait que son

mari la trompait avec une voisine, et celui d'une autre malade qui exerçait des violences sur ses enfants pour se venger des infidélités supposées de son mari.

La plupart des observations dont il vient d'être parlé se rapportent à des femmes. Sur un total de 120 femmes alcooliques qu'il lui a été donné d'examiner, l'auteur en a rencontré 11 qui présentaient des idées de jalousie, ce qui ferait une proportion de 10 pour 100. Chez 50 hommes alcooliques, il ne les a notées, au contraire, que 3 fois, et encore n'étaient-elles pas aussi typiques que chez les femmes.

Il n'y a pas lieu de s'étonner, dit-il, de la plus grande fréquence de ces idées chez la femme que chez l'homme. « La femme est un être qui se laisse bien plus gouverner que l'homme par ses sentiments, c'est l'être sensible par excellence, et il n'existe pas de meilleur terrain pour l'éclosion de l'émotivité morbide. »

Enfin, l'auteur termine son travail par les conclusions suivantes :

Il existe chez les alcooliques des idées de jalousie qui, par leur forme, leur intensité, peuvent acquérir une importance assez marquée pour être regardées comme constituant un délire spécial, le délire de jalousie.

Ce délire existe plus fréquemment chez les femmes que chez les hommes, et nous avons essayé d'en montrer la raison.

Il a une durée variable et peut disparaître par la suppression de la cause qui l'a provoqué.

J'en ai fini avec l'analyse de ce mémoire qui a semblé à votre Commission mériter à son auteur votre approbation. En conséquence, nous vous proposons de vouloir bien lui décerner le prix Esquirol.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées ; le prix Esquirol est décerné à MM. Marius Battier et Maurice Iscovesco, auteurs du mémoire n° 1.

Rapport de la Commission du prix Aubanel.

M. ARNAUD. — Messieurs, la Commission du prix Aubanel, composée de MM. Falret, Christian, Garnier, Briand et Arnaud, m'a chargé de vous présenter un rapport sur l'unique mémoire qui lui a été envoyé à

propos de la question des *Variétés cliniques du délire de persécution*.

Ce travail, dû à MM. Taty et Toy, chefs de clinique des maladies mentales à la Faculté de Lyon, compte près de deux cents pages, et contient un nombre considérable d'observations : 189. Il est divisé en deux parties précédées d'un court avant-propos en manière d'aperçu historique. La première partie du mémoire est consacrée au *délire de persécution à évolution systématique*, dans lequel les auteurs distinguent « quatre variétés évolutives régulières », savoir :

« 1° Une forme complète débutant par une phase de persécution, suivie d'une phase de mégalomanie et terminée par la démence ;

« 2° Une autre forme dans laquelle la démence fait défaut et qui n'est le plus souvent autre chose qu'un arrêt du développement de la première ;

« 3° Une autre forme où manque la phase mégalomane et qui est aussi susceptible de se terminer et se termine, en fait, assez souvent par la démence.

« Enfin, une forme qui ne paraît pas dépasser la période d'état. »

C'est ici, dès l'abord, qu'apparaît le défaut capital de ce travail, je veux dire la place prépondérante accordée au délire de persécution essentiel, classique, régulier. Limitant leur historique, d'une part, à quelques citations des articles de M. Ritti, dans le Dictionnaire de Dechambre, et de M. Ballet, dans le récent *Traité de Médecine* de Charcot et Bouchard, et, d'autre part, à votre retentissante discussion sur le *Délire chronique*, MM. Taty et Toy ont, en somme, recommencé pour leur compte cette discussion, sans arriver à un résultat plus satisfaisant. Ils rapportent un certain nombre de faits en concordance avec les principales opinions des auteurs, et ils considèrent comme correspondant à autant de formes cliniques de simples dissidences théoriques. Votre Commission a pensé que la question ne devait pas être ainsi comprise.

En effet, et malgré quelques divergences de détail, tous les aliénistes admettent *en clinique* un délire de persécution fortement systématisé, à évolution spéciale et d'un pronostic fatal. Ce type morbide, qu'on

l'appelle *délire chronique* avec M. Magnan, *psychose systématisée progressive* avec M. Garnier, *délire de persécution à évolution systématique* avec la plupart des auteurs, ce type est maintenant bien connu dans ses éléments constitutifs. Ce qui est moins connu, au contraire, ce sont les formes cliniques dans lesquelles les *idées de persécution* jouent encore le principal rôle, mais qui diffèrent du type régulier par un ou plusieurs caractères essentiels : mode de début, évolution, symptômes principaux, terminaison, etc. Ce sont là les formes qu'il faudrait différencier nettement, d'abord du type régulier, ensuite les unes d'avec les autres ; ce sont elles que visait la Société en proposant l'étude des *variétés cliniques du délire de persécution*.

Il semble qu'une étude historique plus complète du sujet proposé pouvait mettre les auteurs sur la bonne voie, en leur montrant par quelles éliminations et adjonctions successives s'est peu à peu développé le type régulier du délire de persécution, en leur rappelant aussi les questions laissées dans l'ombre ou réservées et dont la solution doit être désormais cherchée. Des résultats sont acquis déjà. Une première variété clinique importante a été détachée par M. J. Falret, celle des *persécutés persécuteurs non hallucinés* ; — une autre variété dite *psycho-motrice* a été soigneusement étudiée par M. Séglas ; — les cas mixtes de mélancolie et de délire de persécution ont également appelé l'attention, MM. Ballet et Séglas ont décrit des *persécutés auto-accusateurs* ; — enfin M. Magnan range dans les *délires des dégénérés*, en les opposant au *délire chronique*, un certain nombre de cas dont l'étude est encore incomplète.

La plupart des questions afférentes aux *variétés cliniques du délire de persécution* ont été développées devant vous par M. J. Falret, dans la séance du 29 février 1892, en une sorte de programme général :

1° Quels sont les rapports de l'hérédité et des divers délires de persécution ?

2° Quel est le mode de début du délire de persécution essentiel ? Y a-t-il transformation de l'hypocondrie, comme le voulait Morel ; ictus ou vertige initial, suivant l'opinion de Lasègue ; début dès le collége, comme le

soutient M. J. Falret, ou seulement à l'âge adulte, conformément à l'opinion de M. Magnan?

3° L'hallucination de l'ouïe est-elle indispensable pour constituer le délire de persécution à marche progressive?

4° Les hallucinations de la sensibilité générale sont-elles en rapport avec des variétés différentes, suivant quelles sont précoces ou tardives?

5° Le délire de persécution qui apparaît à l'âge critique, celui de la vieillesse, ont-ils des caractères particuliers, une évolution et une terminaison spéciales?

6° Les délires polymorphes, à début brusque, à évolution rapide, guérissent-ils souvent, comme le pense M. Magnan?

7° Quels sont les caractères particuliers et la terminaison habituelle des délires de persécution liés à l'alcoolisme?

Quelques-unes de ces questions sont indiquées dans la deuxième partie du mémoire de MM. Taty et Toy; mais on ne peut dire qu'elles soient sérieusement étudiées, encore moins résolues. Cette seconde partie, qui devrait être le cœur du sujet, n'est plus qu'un classement d'observations, sous des titres divers : délire de persécution à la phase d'état; délire de persécution dans les maladies organiques (tuberculose, cancer, affections nerveuses, maladies du cœur, etc.); mégalomanie primitive, délire chez les faibles d'esprit, chez les déséquilibrés, etc. De ces faits souvent intéressants, mais recueillis au hasard de la clinique, ne se dégage aucun tableau symptomatique, aucune variété nouvelle, aucune idée féconde. Enfin, le délire de persécution chez les vieillards est décrit, on ne sait pourquoi, sous forme d'appendice entre la première et la seconde partie. Quant aux variétés si importantes des mélancoliques et des alcooliques persécutés, des délires de persécution de la ménopause, les auteurs ne leur ont fait aucune place.

Cependant, leur travail est le résultat d'efforts très méritoires, et il prouve des connaissances étendues en médecine mentale. S'il laisse entière la question des *variétés cliniques du délire de persécution*, la faute en est évidemment à la méthode suivie. La plupart des

observations proviennent, en tout ou en partie, des cahiers d'observations ou des registres des asiles, et leur début est souvent fort éloigné. Or, on sait comment sont, hélas ! ordinairement recueillies ces observations de registre. L'impartialité, le manque de parti pris y sont trop souvent poussés, jusqu'à l'absence de tous renseignements sérieux. A cette raison générale s'ajoute ici un fait particulier, c'est à savoir qu'avant la discussion sur le *délire chronique* (1886-1888), l'attention générale n'était guère attirée sur les variétés du délire de persécution. Le diagnostic de cette psychose se faisait en gros, dès que le délire présentait une certaine fixité et quelque systématisation.

Pour ce double motif, la plupart des observations anciennes n'auraient quelque valeur qu'à la condition d'avoir été recueillies avec soin, en détail et presque au jour le jour. Ce n'est pas ici le cas. Il est vrai que les auteurs se heurtaient à une grosse difficulté. A ne prendre que des observations récentes, alors qu'il s'agit d'une maladie pouvant durer de dix à trente ans et plus, ils couraient le risque d'en manquer. Avec leur procédé, ils ont pu obtenir le chiffre élevé de 189. Mais, en cette matière, la quantité ne saurait remplacer la qualité, et les auteurs du mémoire ont attribué une trop grande valeur à l'élément *statistique*. Un petit nombre de faits typiques et bien observés eût fait plus pour l'édification des variétés délirantes dont la Société avait proposé l'étude.

En conséquence des observations que je viens d'avoir l'honneur de vous présenter, votre Commission a été unanime à penser, qu'en dépit de sa valeur intrinsèque, le mémoire de MM. Taty et Toy ne remplit pas toutes les conditions nécessaires, et qu'il n'y a pas lieu de lui *décerner le prix Aubanel*.

Mais il lui a paru légitime de récompenser le travail qu'il suppose et les sérieux mérites dont il fait preuve par *un encouragement de mille francs à partager entre les deux auteurs*.

Question proposée pour le prix Aubanel de 1897 :

« Des auto-intoxications dans leurs rapports avec les délires. »

Les conclusions de ce rapport sont adoptées : le prix

Aubanel n'est par décerné ; il est accordé une somme de mille francs à titre d'enconragement à MM. Taty et Toy.

La question proposée par la Commission, pour le prix Aubanel à décerner en 1897, est adoptée.

La séance est levée à cinq heures.

RENÉ SEMELAIGNE.

SÉANCE DU 1^{er} JUIN 1896

Présidence de M. CHARPENTIER.

Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

Mort de MM. Semal et Duquet.

M. LE PRÉSIDENT fait part à la Société de la perte qu'elle vient de faire de deux de ses membres associés étrangers les plus distingués : M. le D^r Semal, médecin-directeur de l'asile de Mons, en Belgique, et M. le D^r Evariste Duquet, médecin de l'asile Saint-Jean-de-Dieu, à Longue-Pointe (Canada).

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1^o Des lettres de MM. Paul Garnier et J. Voisin, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance ;

2^o Une lettre de M. Taty et Toy, remerciant la Société de la récompense qu'elle leur a décernée au mémoire qu'ils ont envoyé pour le prix Aubanel.

M. FALRET fait hommage à la Société du compte moral et financier de l'exercice 1875, de l'Œuvre de patronage et de l'asile pour aliénés indigents qu'il dirige.

Rapport de candidature.

M. RENÉ SEMELAIGNE. — Messieurs, vous avez chargé nue Commission, composée de MM. Bouchereau, Dubnisson et René Semelaigue, de vous présenter un

rapport sur la candidature de M. Henry Darin au titre de membre correspondant de la Société médico-psychologique. M. Henry Darin, qui remplit successivement les fonctions d'externe des Hôpitaux de Paris, d'interne à la Maison de Charenton, d'interne des Asiles de la Seine, a consacré sa thèse inaugurale à une étude sur les « Rapports de l'alcoolisme et de la folie ». Dans ce travail, après avoir signalé le développement progressif de la production et de la consommation des alcools, il insiste sur leur degré de toxicité, décrit les lésions produites par l'intoxication alcoolique, et constate que l'alcoolisme et l'aliénation mentale suivent une marche ascendante parallèle. Il passe ensuite en revue les divers modes de prophylaxie : augmentation des impôts sur l'alcool, rectification, suppression du privilège des bouilleurs de cru, réduction du nombre des débits, monopole, prohibition, sociétés de tempérance, etc., et conclut finalement qu'il faut surtout compter sur la propagande individuelle. Le meilleur traitement consiste en un séjour prolongé du buveur dans un asile spécial où on lui imposera l'habitude de l'abstinence totale.

Ce premier travail de M. Henry Darin, dont je n'ai fait que reproduire les principales lignes, présente un grand intérêt. Aussi votre commission, espérant que l'auteur ne s'arrêtera pas dans la bonne route et nous donnera bientôt quelque œuvre nouvelle, vous prie d'accueillir favorablement sa candidature et de le recevoir parmi nous en qualité de membre correspondant.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées, et M. Darin est nommé membre correspondant à la majorité des membres présents.

Rapport sur les Leçons sur l'épilepsie et les pseudo-épilepsies de M. Miquel Bombarda.

M. CHASLIN. — Si on ne lisait que le titre : Leçons sur l'épilepsie et les pseudo-épilepsies (1), on serait tenté immédiatement de croire que les tendances de notre

(1) *Lições sobre a epilepsia e as pseudo-epilepsias*, 1 vol. in-18. Lisboa, 1896.

distingué collègue le ramènent aux anciennes conceptions. Cela n'est vrai qu'en partie. C'est bien, en effet, d'épilepsie essentielle qu'il est question ici, mais d'épilepsie essentielle rajennie par l'introduction des théories les plus actuelles en psychiatrie, je veux dire de la dégénérescence. Elle est bien séduisante cette théorie, ou plutôt ce mot est bien commode pour l'explication, mais il semble aussi assez dangereux, car la plupart de ceux qui l'emploient, entraînés par lui, finissent presque toujours par aboutir à des choses un peu... excessives. Je n'en veux pour preuve que M. Miguel Bombarda lui-même qui vient en passant soutenir, après quelques autres il est vrai, que la femme est une dégénérée ! Il sent pourtant qu'il y a là au moins un peu d'exagération paradoxale et malgré cela il insiste (p. 130) : « Il n'est pas nécessaire de connaître très à fond, dit-il, les faits embryologiques pour savoir que la sexualité féminine représente simplement un arrêt de développement ; ceci suffirait pour faire caractériser de tératologique l'organisme de la femme. » — Mais je m'arrête, je me borne à signaler cette manière de voir ; vous trouveriez fort mauvais qu'à propos du livre de M. Bombarda, je vienne vous exposer mes opinions sur la dégénérescence ; je ne le ferai certainement pas. Si, dès le début, je n'ai pu m'empêcher de vous marquer un des points qui me paraissent contestables dans ce remarquable travail, c'est pour me mettre à l'aise et vous montrer qu'on peut lui faire des critiques : quel est l'ouvrage qui n'en suscite pas et qui satisfait tout le monde ? Mais ceci dit, j'ai toute liberté d'esprit pour louer sans réserve M. Bombarda pour la clarté avec laquelle il expose ce difficile sujet de l'épilepsie, avec ses tenants et aboutissants multiples ; il en est véritablement maître, il en connaît tous les détours, et l'on sent que son érudition, pour si discrètement qu'elle transparaisse, n'en est pas moins des plus complètes, des plus vastes ; elle n'est pas encombrante, pas plus que l'expérience propre de l'auteur qui est grande pourtant, grâce aux nombreux malades de l'hôpital de Rilhafoles.

Il faut féliciter les étudiants portugais d'être mis ainsi au courant par un professeur comme M. Bombarda ; mais ces leçons forment un livre bon à lire aussi

par d'autres que des élèves, car il porte son cachet, très personnel, à côté de ceux de Tonnini, de Roncoroni, de Féré, de Christian. Disons deux mots de ce qu'il contient, afin de mieux attirer votre attention sur ses côtés originaux.

Ce livre, d'après l'auteur lui-même, est une tentative de réhabilitation du mal comitial; par ces temps où l'épilepsie avec les travaux les plus récents est réduite au rôle inférieur d'un simple syndrome, il était nécessaire d'affirmer que l'épilepsie n'est pas un symptôme, n'est pas même une maladie, mais bien une dégénérescence. Il y a en effet, pour M. Miguel Bombarda, une épilepsie légitime, idiopathique, essentielle, et de fausses épilepsies, des pseudo-épilepsies; la véritable épilepsie tire son origine de la dégénérescence. Cette épilepsie essentielle est un produit tératologique, le cerveau anormal fonctionne d'une façon tout à fait particulière, tandis que dans la pseudo-épilepsie, au contraire, il s'agit d'une maladie actuelle, d'« un processus morbide, actif, progressif, un état inflammatoire, par exemple, qui trouble le fonctionnement de l'organe cérébral et qui finira par le détruire si on n'emploie pas une thérapeutique efficace qui amène une reconstitution totale. »

Ainsi donc M. Bombarda ressuscite la vieille idée de l'épilepsie essentielle distincte de l'épilepsie symptomatique et de l'épilepsie sympathique, mais avec Tonnini il rajeunit, comme je l'ai dit, cette conception en la reliant à la dégénérescence. Aussi l'auteur commence-t-il par consacrer quatre leçons, sur les dix-neuf du livre, à l'exposé de cette théorie. Je note en passant les points qui me paraissent caractéristiques de la conception de l'auteur. C'est ainsi qu'il admet que la désharmonie ou le déséquilibre mental différenciant les dégénérés des autres hommes, les réunit comme dans une race à part; et il comprend dans le même cadre la folie morale, l'hystérie, l'épilepsie, l'idiotie qui constituent les *stigmates-maladies* de la dégénérescence. Il fait remarquer que les syndromes épisodiques de M. Magnan ne peuvent pas être considérés comme des stigmates psychiques puisque le caractère d'un stigmate est d'être permanent. La lecture de ces pages est fort instructive; le tableau de la dégénérescence est fort brillamment tracé.

Dans les leçons suivantes, M. Bombarda s'attache à montrer les étroites relations que la dégénérescence a avec l'épilepsie essentielle, si bien que la convulsion est pour ainsi dire inutile pour faire le diagnostic de cette épilepsie vraie. Aussi consacre-t-il trois leçons aux stigmates étiologiques de l'épilepsie et aux facteurs des pseudo-épilepsies, puis il passe en revue d'une façon très détaillée, avec des observations personnelles à l'appui, les causes de cette dégénérescence épileptique. Mais il a grand soin d'insister sur ce fait que, pour lui, dans les pseudo-épilepsies par intoxication, tumeur, etc., et même idiotie, rien ne démontre qu'il faut faire intervenir la prédisposition, cette fameuse prédisposition à qui on attribue trop exclusivement tous les méfaits. Aussi discute-t-il tout particulièrement les rapports qui peuvent exister entre l'éclampsie puerpérale et l'épilepsie vraie : il admet que sous ce nom commun d'éclampsie les convulsions liées à la scarlatine, aux néphrites, etc., comprennent des cas fort différents : tantôt c'est de la véritable épilepsie, tantôt la convulsion se manifeste tout à fait indépendamment de celle-ci ; il soutient que les faits relatifs à l'éclampsie puerpérale, pour ce qui touche à la question de l'existence d'une prédisposition nécessaire, ont très peu de valeur positive, « vu que cette maladie est une maladie féminine et que la femme est une dégénérée », et c'est à ce propos que M. Bombarda consacre deux longues pages à démontrer l'infériorité de la femme.

Il restreint tellement le domaine de l'épilepsie vraie, qu'il range dans l'épilepsie-symptôme même les convulsions épileptiques qui peuvent accompagner l'idiotie. Après cela, je n'ai pas besoin de dire qu'il en fait autant pour les convulsions liées aux maladies cérébrales, aux intoxications, aux infections, aux diathèses, ou consécutives aux excitations (épilepsie-excitation) directes ou indirectes.

Après ces leçons où la pensée de l'auteur s'est révélée plus particulièrement, je me contenterai de vous signaler seulement celles où il traite de l'anatomie, de la physiologie, de la psychologie de l'épileptique, puis celles où se trouvent décrits les paroxysmes de l'état épileptique. Les rapports de l'épilepsie avec le crime et

le génie sont envisagés dans la dernière partie, on le devine sans peine, comme très étroits : « épilepsie, hystérie, folie, crime, alcoolisme, perversions sexuelles, sont les rameaux d'un même tronc, rameaux qui se réunissent et s'entrelacent de la façon la plus variée et la plus complexe. »

Telles sont les grandes lignes de cet ouvrage. Pour terminer, laissez-moi exprimer devant vous le vœu que notre collègue, continuant la série de ses travaux, nous donne bientôt un cours de médecine mentale complet, ce serait la suite naturelle du livre dont j'ai l'honneur aujourd'hui de rendre un compte sommaire à la Société médico-psychologique et dont, comme moi, vous pouvez apprécier l'importance et le mérite.

Note sur le rôle de la mémoire dans la folie du doute.

M. PAUL SOLLIER. — Le grand nombre de formes que peuvent revêtir les obsessions fait que toutes les classifications qu'on en a proposées sont également justes. On est d'accord pour les rattacher à un même trouble primitif, encore qu'on ne soit pas fixé sur la nature même de ce trouble, qui paraît être cependant, suivant l'opinion d'un certain nombre d'auteurs, l'émotivité morbide du sujet. Mais quel que soit ce trouble fondamental sur lequel se greffe l'obsession, quelle que soit la classification qu'on adopte pour ce syndrome, il reste à se demander pourquoi l'obsession se manifeste sous des formes aussi diverses.

Or, si nous prenons les divers troubles qui accompagnent les obsessions — et je dis accompagnent pour ne pas préjuger actuellement s'ils en sont la cause ou la conséquence — nous constatons que la prédominance de tel ou tel donne à l'obsession son caractère, son allure particulière, et a pu ainsi servir de base aux diverses classifications.

C'est ainsi que M. Régis a pu prendre pour base de sa classification le trouble de la volonté, que les troubles sensoriels ou sensitifs donnent aux obsessions une allure spéciale. Suivant que tel ou tel de ces troubles, concomitants suivant les uns, conséquents suivant les autres, ou de même origine suivant certains, existe ou prédo-

mine, telle ou telle obsession existe ou prédomine également. Or, parmi ces troubles rencontrés chez les obsédés, il en est un sur lequel on a, ce me semble, insuffisamment insisté, c'est l'affaiblissement de la mémoire, qui cependant peut, je crois, expliquer le développement de certaines formes de folie du doute.

On dit, d'une façon générale, que, chez les obsédés, la mémoire est troublée, diminuée, devient infidèle. Mais il y a lieu de distinguer entre la faculté d'apprendre de nouveaux faits, de fixer de nouvelles images, une fois que l'obsession est installée, et la mémoire des faits antérieurs à l'obsession. Que les obsédés, dont l'attention est sans cesse détournée par leurs préoccupations morbides, éprouvent, en conséquence de ce défaut d'attention, une plus grande difficulté à apprendre, cela s'explique aisément, et, dans ce cas, le trouble de la mémoire paraît bien être la conséquence de l'obsession. Mais il n'en est plus ainsi quand on observe un affaiblissement de la mémoire portant sur ce qui a été appris avant que l'obsession soit survenue et souvent manifesté dès l'apparition de cette obsession, à l'époque où le malade n'est encore en proie qu'à un état émotif mal déterminé.

Plusieurs fois des malades ont eux-mêmes attiré mon attention sur cet affaiblissement de leur mémoire. Dernièrement encore, une jeune femme, excellente musicienne, apprenant par cœur avec la plus grande facilité et qui ne présente encore que des phobies très légères, à intervalles très espacés, me disait être devenue incapable de jouer ce qu'elle savait autrefois par cœur, outre la difficulté plus grande qu'elle a à apprendre de nouveaux morceaux, qu'elle est d'ailleurs incapable de jamais jouer par cœur. Or, chez elle, la musique est la plus puissante des distractions et la plus capable de l'absorber complètement. Cet affaiblissement de la mémoire l'a plus particulièrement frappée à ce propos; mais il existe bien entendu pour tout le reste.

J'ai remarqué maintes fois des faits analogues où la mémoire se trouvait ainsi atteinte plus spécialement, comme la volonté dans d'autres, et je me suis demandé si cet affaiblissement ne pouvait pas expliquer certains cas de folie du doute, si non dans leur développement, du

moins dans leur tendance, leur forme, leur caractère.

Si je viens de fermer ma porte et qu'à peine éloigné je me demande si je l'ai bien réellement fermée, il est évident que si je pouvais me représenter exactement fermant ma porte, me souvenir des mouvements que j'ai faits, du bruit produit par la serrure, etc., je n'aurais aucun doute. Mais ce fait peut-il s'expliquer par un défaut de mémoire ou par un défaut d'attention ? Il paraît peu vraisemblable de l'attribuer à un défaut d'attention quand, au contraire, le sujet anxieux de savoir s'il a fait ou non une chose, vient la vérifier avec soin et y applique, par conséquent, toute son attention. La volonté n'a rien à y voir, le raisonnement non plus. En dehors de la mémoire, le seul trouble qu'on pourrait invoquer serait celui de la perception extérieure. Mais, dans le cas que je viens de citer, fait extrêmement simple, ne réclamant que des perceptions grossières, il est très difficile de l'admettre. D'ailleurs, les troubles de la perception extérieure ne sont jamais bien profonds; les troubles cénesthésiques le sont bien davantage.

Mais, chez les douteurs, il y a deux catégories à distinguer, ce que l'on néglige habituellement de faire: il y a des obsédés qui se demandent s'ils ont fait une chose, et il en est d'autres qui se demandent s'ils n'ont pas fait quelque acte, ordinairement un acte blâmable.

Dans le premier cas, il semble bien que le défaut de mémoire doive être incriminé comme cause du doute qui surgit dans l'esprit au sujet de l'acte, au moins pour le premier doute qui apparaît. Quant à celui qui apparaît encore lorsqu'on a contrôlé, vérifié si réellement on a bien fait ce qu'on craignait de n'avoir pas fait, on peut se demander comment, étant donné l'attention qu'on apporte à cette vérification, les images capables de vous donner la certitude ne restent pas mieux fixées dans la mémoire. Mais il faut considérer que le doute s'accompagne d'un état d'angoisse, d'un état émotionnel qui modifie singulièrement l'attention volontaire, et que les images relatives à l'acte qu'on veut contrôler se trouvent ainsi moins nettement perçues, et d'une façon d'autant moins vive et par conséquent durable que l'état émotionnel est plus marqué.

Dans le second cas, les lacunes dans les souvenirs sont

encore plus nettement appréciables. Une jeune fille que j'ai observée, se demande, chaque fois qu'elle revient de promenade, si elle n'a pas jeté un enfant dans un égout, ou si elle n'a pas hypnotisé quelqu'un et ne lui a pas suggéré de faire du mal. Elle est incapable de reconstituer la série des circonstances qui se sont produites dans le cours de sa promenade, et de se convaincre ainsi qu'elle n'a pas commis l'acte qu'elle a peur de commettre. Dans ce cas, on ne saurait incriminer la perception extérieure, non plus que le défaut d'attention : car elle prend, au contraire, toutes sortes de précautions pour se mettre en garde contre une tentation possible. Quand on lui fait raconter les divers incidents de sa promenade, elle se rappelle bien quelques-uns, mais il y a des lacunes, et ce sont ces lacunes qu'elle comble avec les actes qu'elle craint d'avoir commis.

Une autre malade m'arrive un jour se demandant si elle n'a pas jeté une femme dans la Seine. Elle avait vu, de l'omnibus dans lequel elle venait chez moi, un rassemblement à cause d'une femme qu'on retirait de l'eau, et elle était incapable de se rappeler qu'elle n'était pas descendue de l'omnibus. Elle me disait, lorsque je lui faisais observer qu'il était impossible qu'elle en fût descendue et ait, par conséquent, précipité cette femme dans la Seine : « Je ne sais pas, je ne me rappelle pas. »

Dans un cas donc le défaut de mémoire précise des circonstances tant intérieures qu'extérieures qui ont accompagné son acte, peut amener le doute sur la réalité de cet acte. Dans un autre cas, c'est la discontinuité dans les souvenirs qui le provoque, le sujet ne pouvant admettre cette discontinuité et se demandant si entre les divers points de repère dont il a gardé le souvenir, il n'a pas agi de telle ou telle façon et commis tel ou tel acte répréhensible et qu'il redoute de commettre.

Ces deux variétés de folie du doute sont d'ailleurs souvent associées, et je crois que, dans un grand nombre de cas, c'est à l'affaiblissement de la mémoire qu'il faut les attribuer. Ce n'est, du reste, pas seulement quand il s'agit de doute au sujet d'actes, de faits concrets, que ces remarques peuvent s'appliquer, mais également quand l'obsession a trait à des idées abstraites ou à des sentiments.

Souvenirs d'un voyage en Tunisie (1896).

M. AUG. VOISIN. — Dans un récent voyage en Algérie et en Tunisie, j'ai appris et j'ai constaté certaines choses que j'ai pensé devoir intéresser la Société.

J'ai visité, à Tunis, le service réservé aux Arabes aliénés dans l'hôpital de Sakiti.

Cet hôpital est situé au milieu de la ville arabe de Tunis. Il a été fondé il y a plus de cinq cents ans et est entretenu aux frais des biens dits *Abouts*, corporation religieuse possesseur d'un grand nombre de propriétés territoriales dont les revenus sont employés à entretenir des œuvres charitables, des hôpitaux, des mosquées, des citernes le long des routes et ailleurs.

Le médecin actuel de l'hôpital est un ancien interne des hôpitaux de Paris, le D^r Lewi, qui m'a conduit avec la plus grande obligeance dans toutes les parties de l'hôpital et en particulier dans celle réservée aux aliénés hommes.

Cette partie se compose de plusieurs grandes et petites salles communiquant entre elles, et de cellules. Comme plafond, une grille formée de carrés larges, située à 3 mètres, et au-dessus, à 9 à 10 mètres, une toiture vitrée à larges baies presque toujours grandes ouvertes.

Les dalles du sol, les murs, les plafonds sont très proprement tenus.

Quelques bancs dans les grandes salles ; partout ailleurs des nattes en paille.

Dans chaque cellule il y a un anneau en fer fixé au mur auquel on attache le cou-de-pied des aliénés agités.

Le médecin m'affirme que ce moyen calme presque instantanément l'aliéné et qu'il n'y a pas besoin d'autres moyens contentifs et restrictifs.

La population de cet asile est de soixante-dix à quatre-vingt-dix hommes.

Les états mentaux les plus fréquents sont la mélancolie, la stupeur, les hallucinations, les idées de suicide.

Il y a des délires par le haschisch, les uns tristes, d'autres ressemblant à la démence, quelques-uns gais, agités.

Il n'y a pas de délire alcoolique, ni, partant, d'alcoolisme chronique.

Je n'ai pas vu de paralysie générale des aliénés ni de tabes, et cependant le nombre des Arabes syphilitiques est considérable.

J'ai visité, en effet, la prison arabe; la statistique apprend qu'il y a bien, chez les détenus, 45 p. 100 de syphilitiques ayant contracté la maladie par la voie anale.

Le D^r Lewi me dit que le tabes et la paralysie générale sont excessivement rares.

Il n'a vu à l'hôpital qu'un cas de paralysie générale depuis deux ans et pas de tabes.

L'opinion, qui tend à attribuer comme cause presque unique au tabes l'infection syphilitique, m'en paraît bien ébranlée, et, d'autre part, l'absence à peu près complète de paralysés généraux plaide en faveur de l'influence de l'alcoolisme sur la genèse de la paralysie générale; l'Arabe de la Tunisie ne boit pas de vin; pendant mon séjour je n'y ai vu qu'un Arabe ivre, il devait avoir bu d'une liqueur; la loi musulmane ne visant pas les liqueurs, on voit des musulmans boire, depuis peu, de l'absinthe ou autres liqueurs.

Un autre détail est à noter.

Les Arabes aliénés sont admis et maintenus dans ce quartier d'hôpital sans certificat, et ils en sortent sans certificat, et même les Arabes reconnus aliénés dans la prison ou dans l'hôpital civil de Tunis y sont admis sans certificat d'aliénation mentale.

En terminant, je vous rappellerai qu'en 1872, je vous avais dit, au retour d'un voyage en Algérie, qu'il n'y existait pas d'asile pour les aliénés et que les Arabes étaient transférés dans l'asile d'Aix-en-Provence. Eh bien, rien n'a été changé depuis; car aujourd'hui encore, chaque paquebot d'Alger à Marseille transporte des Arabes aliénés que la préfecture d'Alger transfère à Aix ou à Albi.

Variétés cliniques du délire de persécution.

M. FALRET. — Puisque nous n'avons plus rien à l'ordre du jour, je vous demanderai la permission, au risque de passer moi-même pour un persécuteur, de

revenir sur une question que j'ai déjà abordée plusieurs fois devant vous, je veux parler des *Variétés cliniques du délire de persécution*. A plusieurs reprises, en effet, j'ai insisté sur cette question qui me paraît une des plus intéressantes à étudier dans notre spécialité. Malheureusement, jusqu'à présent, mon appel n'a pas été entendu. Cela tient peut-être à ce que nos procès-verbaux n'ont pas reproduit mes diverses communications sur ce sujet, et que, dès lors, la base de la discussion a manqué pour engager mes contradicteurs à répondre aux diverses questions que j'avais posées. C'est pourquoi je reviens aujourd'hui à la charge, espérant être plus heureux que je ne l'ai été jusqu'à présent en soulevant cette discussion.

Notre Société a également mis cette question au concours pour le prix Aubanel. Mais, le rapport qui vous a été lu, à la dernière séance, par M. le D^r Arnaud, vous a prouvé que nous n'avions pas non plus obtenu, par ce concours, le résultat que nous espérions et que le mémoire unique qui nous a été présenté n'a pas répondu à notre attente.

Il y a donc lieu de faire un nouvel appel à tous les travailleurs et de soumettre à nouveau cette question à la discussion de notre Société.

Historique. — Le mot de délire de persécution ne se trouve pas dans Esquirol, ni dans les autres auteurs de son époque.

C'est un grand mérite de Lasègue d'avoir le premier, dans son article publié en 1852 dans les *Archives de médecine*, détaché le grand groupe des persécutés, des mélancoliques d'Esquirol, pour en faire un type distinct, ayant des caractères particuliers, type qui, depuis lors, est resté acquis à la science.

Mais Lasègue a surtout étudié la période d'état du délire de persécution, sans chercher à distinguer ses variétés et surtout sans étudier les diverses phases de son évolution.

Telle est la première période dans l'histoire de cette forme de maladie mentale qui a été le vrai point de départ de son étude clinique.

Morel, dans son *Traité des maladies mentales*, en 1860, a ajouté deux faits nouveaux à cette description. Il a d'abord fait dériver le délire de persécution de

l'hypocondrie, ce qui est vrai pour un certain nombre de cas, qui débutent, en effet, par des symptômes d'hypocondrie et par des troubles de la sensibilité générale, mais ce qui est loin d'être le début le plus fréquent de cette forme de maladie mentale. Il a, en outre, signalé le premier le délire des grandeurs, comme survenant souvent à une période avancée de la maladie, fait important ajouté à la description de cette affection et sur lequel Foville fils, moi-même, et, en dernier lieu, notre honorable collègue M. Magnan et ses élèves, nous avons insisté depuis lors, tout en discutant sur ses caractères, sur sa fréquence et sur son importance comme symptôme caractéristique de cette forme de maladie mentale.

Dans mes leçons publiques faites à l'Ecole pratique, de 1867 à 1876, j'ai établi l'existence de plusieurs périodes successives dans l'évolution du délire de persécution et fixé ainsi les phases habituelles de son développement : 1° phase d'incubation ou d'interprétations délirantes ; 2° phases d'hallucinations de l'ouïe et de développement du délire ; 3° phase de systématisation avec hallucinations complexes de l'ouïe et de la sensibilité générale ; 4° enfin, phase de délire stéréotypé de persécution, avec délire des grandeurs surajouté, mais sans véritable état de démence, c'est-à-dire sans affaiblissement complet et radical des facultés intellectuelles.

Cette description que j'ai renouvelée dans mes discours prononcés à la Société médico-psychologique en 1876 et en 1878, est entrée peu à peu dans le domaine public. M. Magnan l'a développée depuis lors, en la modifiant, selon moi, d'une manière fâcheuse sur deux points importants : Il a affirmé d'abord, que le délire des grandeurs était constant dans la troisième période, et qu'il effaçait alors le délire de persécution, en s'y substituant ; il a admis, en outre, que la quatrième période était une période de vraie démence et non de simple affaiblissement des facultés intellectuelles.

A partir de cette époque, une nouvelle phase s'est produite dans l'étude des délires de persécution. On a commencé à s'apercevoir qu'indépendamment des idées de persécution observées, à titre de phénomène accessoire, dans toutes les formes de maladies mentales, il existait,

en réalité, plusieurs variétés de délire de persécution et non pas une seule.

En effet, le délire de persécution tel que l'avait d'abord décrit Lasègue embrassait un si grand nombre de faits, qu'il arrivait presque à comprendre le quart des cas de maladies mentales observés dans les asiles. Il fallait donc arriver à établir plusieurs coupures dans ce groupe de faits évidemment beaucoup trop étendu, J'avais moi-même déjà commencé cette délimitation en établissant cliniquement le délire de persécution type ou classique, avec ses quatre périodes successives, que j'avais cherché à détacher des idées de persécution observées isolément dans les autres formes de maladies mentales.

M. Magnan chercha à préciser encore davantage cette délimitation en décrivant comme espèce absolument distincte et spéciale, ce qu'il a appelé du nom très vague de *délire chronique*, lequel n'était en réalité que mon délire de persécution type, avec cette différence capitale toutefois qu'il était constitué à ses yeux par l'association obligatoire du délire de persécution et du délire de grandeur, qui arrivait même à effacer presque complètement le délire de persécution en s'y substituant.

M. Magnan ajoutait que ce délire chronique ainsi délimité, composé de ces deux éléments associés et indispensables, devait être distingué rigoureusement par des caractères très tranchés de ce qu'il appelait, par opposition, le *délire des dégénérés*. C'était là évidemment un nouveau pas fait, depuis Lasègue, dans la voie des distinctions à établir entre les divers-délires de persécution.

En 1876, j'ai moi-même cherché à faire un nouveau progrès dans la même voie en établissant l'existence d'une variété spéciale de persécutés persécuteurs raisonnants sans hallucinations, et en distinguant cette variété de persécuteurs raisonnants des persécuteurs hallucinés, distinction que j'ai clairement établie dans mes communications à la Société médico-psychologique, en 1876 et 1878, et qui a été complètement développée en 1886, dans la thèse de l'un de mes élèves, M. le D^r Paul Pottier (*Etude sur les aliénés persécuteurs*).

L'observation des cas de Sandon, de Teulat, de Verger et de plusieurs autres, qui avaient été l'objet d'études attentives de la part de Lasègne, dans des procès célèbres, m'a servi à moi-même de point de départ pour établir cette variété nouvelle de délire raisonnant de persécution que notre honorable collègue, M. Magnan, a lui-même acceptée et décrite dans ses leçons, en la faisant passer de la classe des délires de persécution proprement dits dans celle des délires des dégénérés.

Mais ce n'est pas là la seule variété qui a été détachée, dès à présent, du délire de persécution classique, ou délire chronique de M. Magnan. Une autre variété importante, que tout le monde admet aujourd'hui et que M. Magnan lui-même distingue à la fois du délire chronique et du délire des dégénérés, c'est le *délire de persécution alcoolique*. Ce n'est pas ici le lieu de décrire avec détails ce délire spécial qui se distingue par beaucoup de symptômes physiques et moraux du délire de persécution classique. Qu'il nous suffise de dire que nous observons tous les jours, dans les asiles d'aliénés, des faits de ce genre, intermédiaires au *delirium tremens* suraigu et à l'alcoolisme chronique, cas que Lasègne a si bien décrits dans son travail trop peu lu sur l'*alcoolisme subaigu*. Ces faits sont surtout caractérisés par un délire de persécution anxieux, dominé par la crainte et la terreur sous forme de panophtobie, par des idées d'empoisonnement, des craintes ou des menaces de mort, des sentiments de haine, de vengeance et de jalousie, des hallucinations multiples et mobiles de l'ouïe et de la vue, des visions de fantômes terrifiants et d'objets effrayants, des perceptions subjectives variées de la vue, un besoin incessant d'aller et de venir et de se mouvoir sans but, des tendances au suicide et à l'homicide, l'audition de coups de fusil ou de pistolet et par une demi-hébétéude, un état général analogue à l'état de rêve, suivi d'une grande obtusion ou d'une perte plus ou moins complète du souvenir, après la guérison de l'accès, état mental que Lasègne a si bien caractérisé d'un mot en disant que le délirant alcoolique est dans un état de rêve, tandis que le persécuté délire comme un homme éveillé.

Mais ce qu'on ne sait pas assez, c'est que cet état d'alcoolisme subaigu, ou de délire de persécution alcoolique

n'est pas toujours un délire passager et de courte durée, comme le *delirium tremens*, mais qu'il s'observe souvent dans nos asiles à titre de délire chronique, se prolongeant pendant plusieurs mois avec les mêmes caractères, s'atténuant de plus en plus et qu'il est ainsi confondu, même par les praticiens les plus exercés, avec la mélancolie anxieuse ou avec le délire de persécution classique. Il mérite cependant d'en être complètement distingué au point de vue du diagnostic et du pronostic, et même sous le rapport du traitement et des mesures à prendre vis-à-vis de ces malades pendant leurs accès ou après leur guérison.

Voilà donc déjà trois variétés distinctes de délire de persécution qui sont généralement admises, et qui se détachent nettement, dans l'état actuel de nos connaissances de la mélancolie d'Esquirol, encore si mal délimitée elle-même.

Il nous reste maintenant à signaler deux autres variétés, moins faciles à distinguer et qui méritent d'être mieux étudiées et de fixer davantage l'attention des observateurs.

Et d'abord, parlons de la mélancolie anxieuse que l'on distingue aujourd'hui nettement du délire de persécution classique, ou délire chronique de M. Magnan.

Les caractères distinctifs principaux entre ces deux espèces de maladies mentales sont, selon nous, les suivants :

1° Les aliénés persécutés sont des orgueilleux, et les mélancoliques anxieux sont des humbles.

2° Les persécutés ont leur attention fixée sur le passé ou sur le présent, et les anxieux ont les regards tournés vers l'avenir. Les premiers se plaignent des tortures subies dans le passé ou dans le présent, et les seconds appréhendent ou redoutent les malheurs qu'ils doivent éprouver dans l'avenir.

3° Le persécuté se défie des autres et n'a confiance qu'en lui-même. Le mélancolique anxieux se défie de lui-même et se lamente incessamment sur son incapacité et son impuissance.

4° Le persécuté *accuse les autres*, et l'anxieux *s'accuse* lui-même.

5° L'un est menaçant et devient facilement persécu-

teur, l'autre est craintif et pusillanime et se croit réservé aux plus grands malheurs. Aussi l'un est-il poussé de préférence à l'homicide, et l'autre au suicide.

6° Le persécuté est *actif* et a les caractères généraux des monomaniaques d'Esquirol, et l'autre est *passif* et présente les symptômes physiques et moraux des mélancoliques.

7° Le persécuté a le sentiment de la santé physique et ne souffre que parce qu'il croit qu'on le fait souffrir. L'anxieux a, au contraire, le sentiment d'un profond malaise, de la souffrance physique et morale et se sent malheureux jusqu'au dégoût de la vie.

8° Les persécutés marchent vers le délire des grandeurs à mesure qu'ils avancent vers la chronicité, tandis que les anxieux tendent vers le délire hypocondriaque et le délire des négations.

Ce n'est pas ici le lieu de développer ces caractères différentiels que je me borne en ce moment à résumer très brièvement.

Mais si ces caractères distinctifs me paraissent importants à signaler et peuvent être très utiles dans la grande majorité des cas soumis à notre examen, je suis tout disposé à reconnaître qu'il existe un certain nombre de *cas mixtes*, qui participent des caractères des uns et des autres et qui mériteraient d'être étudiés cliniquement d'une manière plus complète qu'on ne l'a fait jusqu'à présent.

Il existe, en effet, un certain nombre de *persécutés auto-accusateurs* dont on trouve des exemples dans tous les auteurs et dont, dans ces dernières années, MM. Séglas, Ballet, Jules Voisin et Ronbinowitch ont rapporté des observations intéressantes. Notre collègue, M. Séglas, a même donné à quelques-uns de ces cas de délire auto-accusateur le nom de *Variété psychomotrice* du délire de persécution.

Ce sont là des faits encore peu connus dans tous leurs détails, et qui, mieux étudiés, mériteraient de figurer sous le titre de *formes mixtes* du délire de persécution, parce qu'ils présentent à la fois les caractères de la mélancolie anxieuse et ceux du délire classique de persécution.

J'arrive enfin à la cinquième variété, aujourd'hui dé-

crite du délire de persécution, à laquelle notre collègue, M. Magnan, a donné le nom de *délire de persécution des dégénérés* et dont il a cherché à faire la description clinique détaillée dans ses leçons à l'Asile Sainte-Anne, en opposant catégoriquement et d'une manière tout à fait distincte, ces persécutés dégénérés aux délirants chroniques, tels qu'il les conçoit.

Je n'ai pas à insister ici sur les caractères distinctifs établis par M. Magnan, ni à les discuter dans leurs détails, car cette discussion m'entraînerait beaucoup trop loin.

J'ai tenu seulement, en terminant cet exposé historique rapide, à mentionner cette cinquième variété de délire de persécution admise par M. Magnan, pour vous prouver que, même dans l'état actuel de la science, le délire de persécution n'est pas considéré par tous comme une forme unique et bien délimitée de maladie mentale et qu'il comporte déjà d'assez nombreuses variétés.

La délimitation scientifique de ces diverses variétés est donc encore à faire. C'est pourquoi je pense qu'elle mérite de fixer de nouveau l'attention des observateurs, et en particulier de devenir l'objet d'une discussion publique dans notre Société.

Comme conclusion à l'historique rapide que je viens de faire des variétés cliniques du délire de persécution, voici les questions que je crois devoir soumettre à l'examen de la Société, comme programme de la discussion à établir sur ce sujet :

1^o Le Délire de persécution est-il lié très fréquemment à l'hérédité morbide nerveuse et mentale ?

2^o Existe-t-il plusieurs modes de début du délire de persécution ?

Pour ma part, j'en admetts trois principaux :

1. Début dès l'enfance, ou à l'âge de la puberté.

2. Début par l'hypocondrie et les troubles de la sensibilité générale, comme l'admettait Morel.

3. Début à l'âge adulte ou à l'âge critique, à la suite d'un ictus cérébral, dont on peut souvent déterminer l'époque exacte, comme le croyait Lasègue.

3^o Les hallucinations de l'ouïe sont-elles constantes

dans les délires de persécution, excepté dans la variété des persécutés persécuteurs raisonnants?

4° Quelle est la fréquence des hallucinations de la sensibilité générale, et des hallucinations génitales? Sont-elles constantes? Peuvent-elles se montrer dès le début de la maladie, ou bien seulement dans la seconde et la troisième période?

5° Quels sont les cas où le délire de persécution se systématisait de très bonne heure et où les persécutés brûlent en quelque sorte les étapes de l'évolution de la maladie, et quels sont ceux où le délire reste pendant des années à l'état vague sans détermination précise personnelle ou collective? En d'autres termes, quels sont les cas où l'évolution de la maladie est très rapide et ceux, au contraire, où elle est extrêmement lente dans son développement?

6° Dans quels cas le délire des grandeurs survient-il de très bonne heure et quels sont ceux dans lesquels il se produit très tardivement ou ne se produit pas du tout?

7° Quels sont les caractères spéciaux de la période dite de démence, qui n'est, en réalité, selon moi, qu'une période de simple affaiblissement des facultés intellectuelles?

Telles sont, Messieurs, les questions principales que je soumetts aujourd'hui à la discussion de la Société médico-psychologique, dans le but d'arriver à une délimitation plus précise des variétés cliniques du délire de persécution et je vous demanderai la permission de prendre la parole dans la prochaine séance pour aborder moi-même l'étude de ces diverses questions.

La séance est levée à cinq heures et demie.

PAUL SOLLIER.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX ANGLAIS

The Journal of Mental Science.

ANNÉE 1893.

I. — *Emploi de l'hypnotisme chez les aliénés*; par M. George Robertson (numéro de janvier). — L'hypnotisme a donné de bons résultats dans la manie à forme récurrente, en abrégant la durée de l'accès. Grâce à l'hypnotisme, l'auteur de ce mémoire a pu, en dirigeant leur conduite, améliorer des hypochondriaques. Il a réussi, enfin, à contrôler l'agitation des épileptiques.

Il conclut dans les termes suivants :

L'hypnose est un agent très-utile pour combattre l'insomnie. Le sommeil hypnotique est plus semblable au sommeil naturel que celui que procurent les drogues. Il est surtout précieux dans les cas où les troubles de nutrition rendent difficile l'emploi des médicaments.

En calmant l'excitation du début, l'hypnose peut arrêter l'évolution d'un accès maniaque. Elle combat efficacement les conceptions délirantes sans fixité, les désordres psychiques légers. Par elle, le médecin peut vaincre la résistance de certains malades et rendre inutiles le restraint mécanique et le restraint chimique.

II. — *Examen psychologique des prisonniers*; par Jules Morel (n° de janvier). — Dans une note qu'il a lue à la section de psychologie de l'Association médicale anglaise, en juillet 1892, le distingué médecin de l'hospice Guislain fait l'éloge du nouveau service de médecine mentale créé par l'Administration pénitentiaire belge. Trois médecins aliénistes nommés par l'État se partagent le contrôle de douze prisons. Ils ont pour mission de provoquer la sortie des prisonniers dont l'état physique est réfractaire au régime de la maison d'arrêt; de soumettre à un traitement immédiat, quand c'est possible,

les cas récents d'aliénation mentale; enfin, d'appeler l'attention et l'intérêt des gardiens sur les prisonniers dont l'état mental inspire des doutes.

Le nouveau service sera notamment utile pour les récidivistes et les vieux criminels. Il pourra faire la lumière sur nombre d'états psychiques mal connus. Grâce à lui, les gardiens sauront distinguer les indisciplinés, les simulateurs, des infortunés victimes de leur organisation mentale et dignes de pitié. Enfin, les documents recueillis seront précieux pour les magistrats appelés à juger des récidivistes.

M. Morel souhaite la revision du régime pénitentiaire. La principale réforme qu'il réclame est la création d'un quartier d'aliénés annexé à la prison et le recrutement de gardiens spécialement affectés à ce quartier. Il veut que les prisonniers imbéciles et les criminels devenus pathologiquement débiles soient l'objet d'une sollicitude particulière. Selon lui, il faut bien se garder d'élargir prématurément ces individus, avant l'expiration de leur peine, car ils fournissent la plus grosse proportion de récidivistes. Il émet enfin le vœu que la société accorde aux anciens détenus une protection plus efficace. Abandonnés à leur sortie de prison, livrés à eux-mêmes, sans ressources et sans travail, ces malheureux subissent fatalement des contacts immoraux et vicieux, s'adonnent à l'alcool et ne tardent pas à commettre de nouveaux crimes.

III. — *Sensations de pression et de pesanteur céphaliques, carebaria, pesanteur de tête, Kopfdruck*; par Harry Campbell (n° de janvier). — L'auteur choisit, parmi les différents termes, le mot allemand *Kopfdruck*, employé par Runge pour désigner un symptôme douloureux très commun chez les aliénés. Il se présente sous des formes multiples que l'on peut ranger sous trois chefs principaux :

- Pression sur la tête,
- Lourdeur de la tête,
- Poids dans la tête.

M. Campbell passe en revue les nombreuses variétés de *Kopfdruck*. Nous nous bornerons à lui emprunter quelques remarques instructives :

Le trouble nerveux peut exister sans douleur, mais le plus souvent la douleur y est associée. Il peut encore se compliquer d'hyperesthésie, de sensations de chaleur, de froid, etc. La lourdeur céphalique s'étend fréquemment aux yeux et aux paupières. Elle affecte parfois les globes oculaires.

Le troisième groupe de faits (poids dans la tête) paraît correspondre à la *carebaria* de Galien. La sensation de poids siège dans le crâne. Il semble au malade qu'un poids intérieurement placé attire la tête en bas et porte au sommeil. Cette impression pénible augmente dans la position baissée. Le sommeil indûment prolongé, la continence excessive provoquent ce malaise. La cause la plus commune du Kopfdruck est la neurasthénie. Elle est d'observation banale chez les pauvresses de Londres. Il faut ensuite faire une place, dans l'étiologie, au catarrhe nasal, aux troubles de la réfraction, à la syphilis (Kumpf et Ross). Le Kopfdruck unilatéral accompagne fréquemment le catarrhe de l'oreille externe et moyenne. On le calme par l'enveloppement de l'oreille du côté sain.

L'interprétation anatomique du phénomène est encore à trouver. La congestion du sinus longitudinal supérieur (Ziem), la compression des nerfs sensitifs résultant d'un trouble vasomoteur (Runge), pour expliquer la céphalée du sommet, sont de pures hypothèses. La constriction péricranienne est probablement d'origine vasculaire. A l'opposé de ces doctrines est celle de Gowers qui considère le Kopfdruck comme le produit d'un trouble mental et l'attribue à l'attention prolongée. Chez les hypocondriaques même, cette supposition n'est pas toujours admissible, puisque le mal de tête naît quelquefois spontanément. Les modifications du sens musculaire paraissent avoir une influence réelle sur certains éléments. Le fait semble évident pour la sensation de poids qui disparaît dans certaines positions. Cette influence est moins démontrée pour la céphalée compressive qui persiste dans le décubitus dorsal avec relâchement des muscles.

Le *Kopfdruck* a été étudié par Galien, qui lui a donné le nom de *carebaria*; par Arétée, Stahl, Jott, Runge, à qui l'on doit une monographie complète, Labarraque et Colin, auteur de l'article "Céphalalgie" du Dictionnaire de Dechambre.

IV. — *De l'affection nommée Paranoïa*; par le D^r E.-L. Dunn (numéro de janvier). — Tentative louable pour déterminer nosologiquement une espèce mentale, de découverte récente et encore mal définie. Le mot est grec et signifie tout bonnement folie. Mendel et Werner l'ont employé pour faire cesser une confusion regrettable entre deux états vésaniques désignés en Allemagne sous les noms de Wahnsinn et Verrücktheit. L'expression nouvelle englobe, en réalité, pour les cliniciens, toutes les formes de folie systématisée.

M. Dunn regrette l'obscurité qui règne aujourd'hui sur ce point scientifique et propose de borner l'emploi du mot "paranoïa" à un nombre restreint d'espèces morbides bien connues.

Il élimine tout d'abord les formes dites aiguës, en remarquant qu'elles n'offrent aucun signe pathognomonique et ne se distinguent pas des psycho-névroses actuellement admises. Il n'y a donc pour lui que les paranoïas chroniques, dont le type *persécuté* est le plus important et le mieux étudié jusqu'ici. C'est le délire chronique de Magnan, qu'il décrit longuement et fidèlement.

M. Dunn passe en revue les doctrines de Lasègue, Morel, Westphall, Griesinger, Sander, Foville, Mendel, Krafft-Ebing, Kraepelin, Janni, Amadei et Tonnini, Tanzi et Riva, Snell, sur la folie des persécutions et les délires systématisés. C'est un mélange touffu d'idées, dont il est malaisé de tirer un enseignement et d'où il appert que la pathologie de ces formes vésaniques est encore à faire. L'invention du mot "paranoïa" n'a pas contribué à élucider l'histoire clinique des aliénés persécutés.

Après le délire chronique de Magnan, aujourd'hui classique, notre confrère admet une paranoïa secondaire. Elle se produit lorsqu'un petit groupe de conceptions délirantes persiste et se systématisé consécutivement à une attaque aiguë de psycho-névrose, presque toujours de nature mélancolique. Les malades atteints de paranoïa secondaire sont sous le coup d'un affaiblissement profond de l'intelligence, du jugement et de la mémoire. Ils sont apathiques; leur délire est monotone et sans réaction affective. Ils versent promptement dans la démence.

La paranoïa alcoolique de Krafft-Ebing est encore une forme nettement accusée, où les conceptions délirantes ont une base sexuelle. Les hallucinations visuelles, le caractère brutal du délire, l'affaiblissement rapide des facultés mentales, forment un syndrome suffisant pour la caractériser.

L'hérédité n'est pas absolument indispensable, selon M. Dunn, pour constituer une paranoïa et nous lui empruntons pour terminer les lignes suivantes :

« Cette variété d'affection mentale appelée paranoïa persécutoria par les Allemands, délire chronique par les Français, est la plus typique des paranoïas. On éviterait bien des confusions en limitant l'emploi du mot à cette catégorie de faits. Il s'appliquerait à tous les cas où l'évolution lente du délire, la systématisation logiquement déduite d'un état hallucinatoire

pénible et inquiétant, indique tout d'abord un désordre chronique, que le malade présente ou non les marques d'un vice héréditaire. »

V. — *Remarques sur l'influence de la désinfection intestinale dans quelques formes de folie aiguë*; par le Dr John Macpherson (numéro de janvier). — Ce travail marque-t-il un pas vers la thérapeutique mentale de l'avenir? Son auteur fait le procès (trop facile, hélas!) à tous les hypnotiques anciens et modernes et soutient qu'un traitement antiseptique n'est pas seulement apte à modifier l'état physique des aliénés, mais qu'il peut encore, indirectement, leur procurer le sommeil et le calme.

Le mauvais fonctionnement de l'intestin, dit-il, complique et aggrave les maladies mentales aiguës. Les ptomaines, les gaz, les produits putrides pénètrent dans la circulation et exercent leur action délétère sur le système nerveux.

Des recherches récentes ont mis en lumière le rôle de l'acide du suc gastrique, le seul acide minéral de l'économie. Elles ont démontré qu'il ne concourt pas seulement à la digestion des aliments, mais qu'il est, avant tout, antiseptique, sa principale fonction consistant à détruire les germes pathogènes qui viennent des aliments. Que cette importante fonction soit pervertie ou abolie et l'intoxication se manifeste. C'est ce qui se passe dans les affections mentales aiguës, que l'embarras gastrique soit primitif ou le fait de la maladie mentale elle-même.

M. Macpherson supplée à l'action défaillante du suc gastrique par une médication antiseptique. L'agent qu'il emploie est la naphthaline, de préférence au naphtol.

Il commence par l'administration d'un purgatif, et, dès le second jour, il ordonne la naphthaline à la dose de 10 grains, répétée trois fois par jour, dans l'intervalle des repas. Il élève progressivement les quantités et le malade arrive à en prendre 60 et 80 grains dans les vingt-quatre heures. La naphthaline doit à sa grande insolubilité de ne pas produire d'effets toxiques. Notre confrère l'a ordonnée libéralement à une centaine de malades sans conséquences fâcheuses. Pendant le traitement, le malade est soumis à un régime spécial; d'où l'azote est rigoureusement exclu.

Quatre observations contenues dans ce chapitre confirment la vérité et l'importance de ces vues. Un maniaque et trois mélancoliques sitiophobes ont éprouvé des effets surprenants de cette médication. Leur santé physique s'est relevée (augmen-

tation de poids) et ils ont recouvré le calme. Deux des mélancoliques ont guéri.

Le traitement appliqué chez trente-deux cas aigus permet de considérer comme acquis les résultats suivants :

La drogue est parfaitement supportée; les fonctions physiques s'améliorent; la sécheresse et la couleur terne de la peau disparaissent; le sommeil est rendu aux malades dès les premières doses. Ce dernier effet est surtout remarquable après que les hypnotiques ont échoué. L'anxiété des mélancoliques, les tendances suicides s'atténuent graduellement. L'emploi de la naphthaline n'offre aucun danger. Les malades de M. Macpherson ont pu en ingérer 170 grains dans les vingt-quatre heures.

VI. — *Cas de chorée héréditaire (maladie d'Huntington)*; par M. W.-F. Menzies (numéro de janvier). — Si l'hérédité similaire, constatée fréquemment dans une famille, suffisait pour établir l'autonomie de cette affection, il ne faudrait pas hésiter, après le travail de M. Menzies, à lui accorder sa place dans la nosologie nerveuse. L'hérédité similaire est, en effet, le trait le plus saillant de l'histoire des familles Tickle et Dickson dont on pourra explorer avec fruit les tables généalogiques :

La première a été suivie à travers six générations. Sur 100 individus qui figurent sur le tableau, 25 sont choréiques. La seconde famille, comprend cinq générations et 74 sujets, dont 13 affectés de chorée. Les deux familles comptent 67 hommes, 71 femmes et 36 individus de sexe inconnu.

La chorée atteint 26 hommes et 13 femmes. Cette proportion à l'avantage du sexe masculin n'a pas été modifiée par le passage d'une génération à l'autre. Il convient de mentionner, à propos de l'étiologie, l'absence, parmi les causes, d'un élément diathésique, notamment du rhumatisme. Nous relevons encore un point intéressant. La chorée de Huntington cesse d'être transmissible après avoir épargné une génération. Cette remarque curieuse vient d'être faite une fois de plus à propos de la famille Dickson. La quatrième génération de cette famille est indemne et la maladie a cessé d'apparaître dans la cinquième.

Où siège la lésion génératrice de la chorée? L'auteur reconnaît l'insuffisance des notions actuelles sur ce point, où il faut encore se payer d'hypothèses.

Il croit d'abord devoir exclure la moelle à cause de l'intégrité, au début de la maladie, du réflexe rotulien. L'existence presque constante de troubles mentaux concomitants doit faire

penser, au contraire, à une lésion corticale. Il attribue le désordre musculaire à l'inhibition imparfaitement exercée sur les grandes cellules motrices du troisième feuillet de l'écorce, soit que les éléments cellulaires supérieurs soient altérés, soit que les fibres connectives soient interrompues. Plus tard, le trouble fonctionnel détermine une dégénération descendante qui explique les lésions spinales: altération des faisceaux blancs, hypertrophie des cellules de la corne antérieure (Circione et Myrto), atrophie et sclérose de la capsule interne avec destruction des cornes antérieures de la moelle cervicale (Harbinson). La lésion la mieux constatée est l'hypertrophie du tissu connectif, qui donne à la masse cérébrale une consistance anormale. Les phénomènes d'ataxie musculaire peuvent dépendre de la compression des fibres afférentes, efférentes ou commissurales et de l'interruption des courants régulateurs de l'activité motrice.

Il faut remarquer que les sens spéciaux sont toujours indemnes, que les centres inférieurs d'idéation sont respectés par la maladie pendant plusieurs années, que, en un mot, l'inhibition corticale seule est compromise.

Le processus morbide est fort bien indiqué par M. Menzies. D'abord apparaissent les mouvements désordonnés, associés à un état émotif qui conduit plus tard à des accès de manie ou de mélancolie. Ensuite, les lésions descendantes produisent l'exagération des réflexes et la faiblesse des muscles. La sclérose cérébrale termine la scène et aboutit à la démence confirmée. D'ordinaire, les malades sont emportés par une affection intercurrente.

VII. — *Cas de développement anormal du cuir chevelu*; par le D^r E.-W. Mac Dowald (numéro de janvier). — *Hypertrophie du cuir chevelu chez un aliéné*; par le D^r Poggi (numéro d'avril). — *Hypertrophie du cuir chevelu*; par M. G. Foy, et *Deux cas de développement anormal du cuir chevelu*; par M. John J. Cowan (numéro d'octobre). — Quelques exemples de cette curieuse anomalie de nutrition ont été publiés dans le cours de cette année. Nous les réunissons dans un même paragraphe.

Le premier a été découvert par le D^r Mac Dowald à l'asile du comté de Morpeth chez un épileptique idiot à qui un infirmier coupait les cheveux. Cette circonstance fortuite a mis en évidence une hypertrophie du cuir chevelu, non soupçonnée jusque-là, rendue bien apparente par les nombreux sillons dont la

tête est couverte, dirigés d'arrière en avant. Peu de temps après, de nouvelles recherches ont permis de mettre la main sur un autre cas semblable chez un idiot microcéphale.

Le Dr Poggi a communiqué l'observation, prise à l'asile de Côme, d'une aliénée de soixante-six ans offrant la même anomalie. Fille et sœur d'aliénés, cette malade était atteinte de lypémanie chronique d'origine puerpérale. Elle a été emportée par une syncope, après plusieurs années de séjour à l'asile. L'autopsie a montré, avec une dégénérescence graisseuse du foie et du cœur, une hypertrophie du cuir chevelu. Très épaissi en arrière et en haut, il présentait de nombreux sillons très profonds, à direction transversale et à concavité antérieure. Les plis étaient disposés parallèlement, en fer à cheval, autour d'un pli central suivant la direction de la suture sagittale. La peau avait une épaisseur de 12 millimètres au niveau des plis, de 4 au fond des sillons.

On n'a constaté aucune lésion des os, des méninges et du cerveau. M. Poggi a relevé, cependant, quelques caractères anthropologiques dignes de remarque. Le crâne, allongé (76,5 d'indice céphalique), offrait un certain degré de platycéphalie. Les sutures lambdoïde et sagittale étaient à peine visibles. Les circonvolutions occipitales, au nombre de deux, étaient volumineuses, à configuration simple.

Les scissures calcarines avaient une disposition particulière. Des deux côtés, la branche inférieure de l'extrémité faisait défaut, chaque scissure se terminant par un sillon unique, au lieu de se bifurquer. À droite la scissure se dirigeait en haut; à gauche, elle gardait sa direction transversale.

Deux faits du même genre ont été consignés dans le numéro d'octobre par les soins de M. Cowan. Il s'agit de deux idiots. Le premier, âgé de trente-neuf ans, est un idiot paralytique atteint de pied-bot-varus double. Vigoureusement constitué supérieurement, il serait un colosse sans l'atrophie de ses membres inférieurs. Bien que la petitesse de son crâne contraste avec l'énormité de la face, il n'est pas microcéphale. Le front fuyant, un strabisme intermittent complètent le portrait de ce dégénéré qui avait le développement intellectuel d'un enfant qui commence à parler. Il était parfois impulsif.

En examinant sa tête, on a reconnu que le cuir chevelu offrait une laxité anormale et qu'il était couvert de sillons. On en compte treize dans le sens antéro-postérieur et trois horizontaux placés à la région postérieure et inférieure de la tête.

Les cheveux sont plus serrés et plus abondants au fond des plis.

Le second sujet est âgé de douze ans. Il a les extrémités inférieures atrophiées et déformées. Son crâne est petit (sans microcéphalie), son palais voûté en ogive, sa denture irrégulière. Sa poitrine est mal développée. C'est un idiot du type le plus dégradé. Ses grosses lèvres laissent écouler la salive. Il vit d'une existence végétative, ne s'intéressant qu'à sa nourriture. Son vocabulaire est limité à son nom et à deux ou trois substantifs empruntés à son entourage. Comme le malade précédent il est souvent excité et agressif. Il s'adonne à la masturbation et doit être regardé comme imperfectible.

La chevelure, chez cet individu, est abondante partout excepté autour de la tête où les sillons manquent. Ces derniers occupent toute l'étendue de la calotte. On en compte treize antéro-postérieurs et deux transversaux, sur la nuque. Les plis sont peu réguliers et souvent interrompus. Le muscle occipito-frontal, très développé, se contracte fréquemment, mais sans modifier la forme des plis, qui paraissent également insensibles à l'électrisation.

M. Mac Dowald nous fait connaître l'avis des professeurs Unna, de Hambourg et Kaposi, de Vienne sur ce trouble de nutrition. Le premier savant l'attribue à une cause musculaire. L'hypertrophie des muscles amène directement, d'après lui, le creusement des sillons. Il suppose, pour justifier son interprétation, que l'électrisation doit les exagérer. On vient de voir qu'il n'en est rien. M. Kaposi explique l'hypertrophie cutanée par la microcéphalie; la peau se développant dans des proportions insolites, tandis que les os ont cessé de s'accroître. Or, on a vu que, parmi les malades, un seul était microcéphale.

La question n'est donc pas élucidée. Cependant, on pourra remarquer qu'une première donnée est acquise à sa solution. L'organisation défectueuse des individus paraît hors de conteste. En effet, parmi les sujets dont nous avons résumé l'observation, il y avait trois idiots et une aliénée affectée de dégénérescence.

Cette analyse serait incomplète si nous n'ajoutions aux faits rapportés plus haut une histoire presque merveilleuse exhumée par M. George Foy d'un volume des *Principes de chirurgie*, année 1808. L'observation est incomplète; elle manque de rigueur scientifique, mais le cas est assez rare pour mériter une mention.

La malade, âgée d'une cinquantaine d'années, avait éprouvé de fortes émotions pendant une traversée périlleuse, où elle avait vu son mari se noyer sous ses yeux. Après ce pénible voyage, elle sentit au côté gauche de la tête une impression de brûlure et de pesanteur et une tumeur commença à se développer derrière l'oreille aux dépens de la peau du crâne. Cette tumeur prit rapidement des proportions énormes. En quelques mois, on la voit descendre sur les épaules et s'étaler circulairement comme les bords d'un chapeau. Puis elle gagne la poitrine et le dos. Elle s'était ulcérée et laissait suinter un écoulement séreux. Le chirurgien français Desault l'a reséquée sans en arrêter les progrès. Au moment où l'observation a été publiée, l'hypertrophie était devenue monstrueuse. La malheureuse femme se livrait à la mendicité. Dans la rue, elle portait sa tumeur dans un sac, comme le sèmeur porte le grain. Quand elle entr'ouvrait cette pièce d'étoffe, on avait l'illusion d'un ventre ouvert laissant à nu les intestins. Les rouleaux de peau, rouge et charnue, glissaient les uns sur les autres, animés au moindre choc d'un mouvement vermiculaire. Toute cette masse tombait sur les genoux et la mendicante la soutenait avec les mains...

VIII. — *Les psychoses consécutives à l'influenza*; par le Dr Julius Althaus (numéro d'avril). — En tête de ce chapitre est un tableau synoptique où sont indiqués : l'influence du sexe, de l'âge, de la prédisposition individuelle, sur la production des diverses psychoses post-fébriles; la durée respective de ces affections mentales et le résultat du traitement. La fièvre rhumatismale, la pneumonie, la fièvre intermittente, la variole, la scarlatine, l'érysipèle, la fièvre typhoïde, le choléra et l'influenza sont représentés dans cette statistique.

Elle sert de base au mémoire très substantiel qu'a écrit M. Althaus et dont nous reproduisons les traits les plus saillants:

Les psychoses compliquent l'influenza beaucoup plus fréquemment que les autres septicémies fébriles (113 cas d'influenza pour 97 paludéens et 87 typhiques). M. Clouston est d'avis que l'influenza exerce sur la région corticale une action destructive plus énergique que les autres poisons zymotiques.

Le sexe masculin paraît être le plus éprouvé par la folie de l'influenza (hommes, 56,4; femmes, 43,6). Cette prépondérance existe, d'ailleurs, pour toutes les psychoses post-fébriles. L'influence de l'âge est moins nette. Les chiffres que nous

avons sous les yeux nous apprennent que 61 malades avaient trente ans ; 39 seulement avaient dépassé la trentaine. La folie de l'influenza aurait une analogie avec la folie syphilitique qui frappe les malades entre vingt et cinquante ans ; elle offrirait un contraste avec les vésanies compliquant la fièvre rhumatismale, la variole, la scarlatine, la fièvre typhoïde, qui se montrent de préférence chez des individus très jeunes.

La prédisposition héréditaire ou acquise joue un rôle considérable dans l'éclosion des folies consécutives aux fièvres. Ce rôle est surtout important pour l'influenza (72,7). L'alcoolisme figure sur le tableau pour un pourcentage de 10,8.

Les troubles mentaux sont le produit de la fièvre même ou de l'empoisonnement consécutif. Dans le premier cas, on assiste à un délire d'inanition, résultat de la nutrition incomplète des centres nerveux. Dans l'autre, c'est la toxine qu'il faut incriminer, surtout si la fièvre a été peu intense et que la dénutrition ne puisse être invoquée.

C'est justement ce qui a lieu dans l'influenza. Les formes les plus communes qui lui succèdent sont la mélancolie et la paralysie générale.

La gravité du trouble mental varie avec l'énergie du bacille (Pfeiffer).

Tandis que la durée de la vésanie post-fébrile est faible après les exanthèmes aigus, l'érysipèle et la pneumonie, cette durée est plus longue après le rhumatisme, la fièvre typhoïde, la fièvre intermittente et l'influenza. Pour cette dernière affection, 12,5 p. 100 des accès ont duré une semaine ; 32,5 p. 100 moins d'un mois ; 55 p. 100 plus d'un mois.

La maladie mentale fait son apparition pendant la convalescence de la fièvre ; parfois, elle se montre longtemps après. L'exaltation délirante et la manie s'observent en général de bonne heure ; le début des formes dépressives a lieu tardivement. La paralysie générale se distingue par son apparition éloignée de la fin de la fièvre (six mois).

L'auteur divise les troubles mentaux qui compliquent l'influenza en quatre groupes : 1° mélancolie hypocondriaque aiguë ; 2° délire d'inanition de Weber, confusion mentale stupéur ; 3° paralysie générale à marche rapide ; 4° psychoses post-influenzales. Dans ce dernier groupe, il comprend la folie circulaire, le délirium tremens, la manie, etc. L'influenza n'agit dans leur production que comme cause déterminante, chez des sujets prédisposés.

L'aliénation mentale ne préserve pas de la grippe; mais cette dernière modifie parfois l'état mental des aliénés. Metz a publié l'histoire d'un parauoiaque guéri par l'influenza. Journiae, Leledy, van Deventer ont fait connaître également des cas heureux. D'autre part, on a vu certains délires s'aggraver par la maladie infectieuse (van Beneten, Bartels, Leledy).

IX. — *Enquête sur la variation du type de la paralysie générale*; par le D^r Saint-Jean Bullen (numéro d'avril). — Est-il vrai que le type clinique de la paralysie générale tende à se modifier depuis quelques années? Est-il vrai que les formes dépressives soient plus communes qu'autrefois et tendent à se substituer aux formes expansives? Pour éclaircir cette question, que bien des médecins ont pu se poser, l'auteur s'est livré à des recherches patientes, en mettant à profit le livre d'observations de l'asile de Wakefield. Il a divisé en deux périodes quinquennales les cas de paralysie générale traités à l'asile de 1880 à 1890, au nombre de 250, et il a comparé les deux catégories d'aliénés. Cet examen lui suggère les remarques suivantes :

Le type sthénique, maniaque, est moins frane et plus rare qu'autrefois. On rencontre en plus grand nombre des démenées d'émblée, des cas mentaux à forme émotive primitive, dans lesquels la démenée apparaît de bonne heure.

La proportion des paralysés généraux mélancoliques est peut-être plus forte.

L'âge des malades, la fréquence relative pour les deux sexes, la durée de la maladie donnent lieu à quelques observations originales.

La paralysie générale semble frapper plus qu'autrefois les âges extrêmes de la vie (formes juvénile et sénile). Pour la durée, les cahiers de Wakefield fournissent les chiffres suivants; la durée moyenne a été de deux ans et demi également dans les deux périodes. Un septième des malades a succombé avant la fin de la première année; trois septièmes avant la fin de la seconde; cinq septièmes sont morts avant trois ans; près des sept huitièmes ont vécu quatre ans. Les cas de démenée primitive ont duré en moyenne deux ans et demi. Au surplus, les résultats touchant la durée, fournis par les divers auteurs, sont contradictoires; ils dépendent des formes locales et varient avec les asiles.

La fréquence de la paralysie générale paraît augmenter chez

la femme. Un fait indéniable est qu'elle devient commune parmi les femmes du peuple.

M. Bullen fait encore une remarque intéressante touchant les accidents convulsifs et apoplectiformes qui compliquent la maladie. D'après lui, les convulsions sont plus rares et offrent une bénignité relative.

C'est le contraire qui s'observait autrefois. Cette modification symptomatique ne semble pas, d'ailleurs, influencer sensiblement sur la durée moyenne de la maladie.

Ces divers changements donnent, en effet, à la périencéphalite une physionomie nouvelle. L'auteur croit devoir signaler, en terminant, un aspect un peu différent des lésions nécropsiques. Les altérations méningées se montrent avec la même fréquence, mais elles sont moins étendues et moins profondes.

X. — *Formation de membranes sous la dure-mère ou pachyméningite hémorragique*; par le D^r G. Robertson (numéro d'avril). — M. Robertson met en présence les deux théories par lesquelles les savants ont cherché à expliquer la formation des kystes sanguins de la dure-mère : les théories hémorragique et inflammatoire. Après avoir montré qu'elles sont inhabiles, l'auteur et l'autre, à rendre compte du processus morbide, il vient en proposer une troisième. On pourrait la désigner sous le nom de théorie pneumatique.

Les changements de volume du cerveau sont la cause première de l'exsudation pseudo-membraneuse et de l'hémorragie méningée. Tel est le point capital de cette théorie, qui a le mérite d'interpréter certains faits demeurés obscurs dans l'histoire des kystes hématisés.

Les spasmes vasculaires déterminent le retrait du cerveau. Ce phénomène, qui se produit fréquemment dans certaines conditions pathologiques, détermine, par une action semblable à l'aspiration d'une ventouse, la soustraction d'une certaine quantité de liquide cérébro-rachidien et la dilatation des vaisseaux méningés. La dilatation des vaisseaux peut aller jusqu'à leur rupture.

L'auteur de la théorie suit pas à pas la pachyméningite dans son travail évolutif, à travers les trois périodes connues. La première correspond à la formation néo-membraneuse. Les troubles vaso-moteurs dont le cerveau est le siège sont accompagnés de contractions fréquentes de l'organe produisant un abaissement de la pression intracranienne, un appel de sérosité et l'engorgement vasculaire.

Les vaisseaux de la pie-arachnoïde sont rarement la source d'hémorragies, protégés qu'ils sont par la trame celluleuse dans laquelle ils sont plongés. Il n'en va pas ainsi pour les vaisseaux dure-mériens, recouverts par un simple feuillet épithélial, reposant sur un tissu connectif peu élastique.

Ces derniers sont entièrement soumis aux variations de pression et la surface de la dure-mère est le siège de l'hyperémie qu'elles occasionnent. A un moment donné, la tension du sang triomphe de la résistance des parois vasculaires et le fluide sanguin transsude à travers ces parois, pour remplir le vide laissé par le retrait du cerveau. Il s'étale à la surface de la séro-fibreuse, sous la forme d'un liquide plus ou moins dense, parfois teinté de sang. Si la distension des vaisseaux augmente les stomates des capillaires donnent issue à un liquide plus consistant, qui s'épanche dans le tissu connectif et l'on voit sous la dure-mère un dépôt fibrineux contenant des leucocytes. Telle est l'origine de la néo-membrane à laquelle quelques auteurs (Robin, Brunet) assignent, bien à tort, une nature inflammatoire. Elle provient, en réalité, de l'aspiration mécanique du fluide sanguin, et elle est identique à la fibrine d'un caillot. Elle ne contient pas, au moins au début, de vaisseaux propres, tandis que la dure-mère, très injectée, est sillonnée de nombreux vaisseaux.

L'hémorragie méningée est l'accident terminal de la pachyméningite. Elle a lieu fatalement si le mouvement de dilatation se poursuit et si le sang continue de s'accumuler sous les tuniques lâches et peu constantes des capillaires. Elle est limitée d'abord par la fausse membrane et le sang s'épanche en petits flots qui deviennent de petits kystes organisés.

La dure-mère devient plus tard, à son tour, le siège d'un processus irritatif, à la faveur duquel sa vascularisation augmente. Des vaisseaux nouveaux se forment dans son sein et s'allongent dans le tissu de l'exsudat membraneux. Ces capillaires, à parois fragiles, subissent la même aspiration que leurs voisins et sont encore plus sujets à se rompre. Dans ces conditions, les hémorragies deviennent plus graves et mortelles. C'est l'hémorragie méningée classique.

M. Robertson ne nie pas qu'à une certaine phase de la maladie, les exsudats et les kystes ne puissent être le point de départ d'un travail phlogmasique. Mais pour lui l'inflammation est secondaire; le travail initial (c'est là l'idée originale de sa théorie) est purement mécanique.

Dans un chapitre très étendu, notre savant confrère étudie les conditions pathologiques qui favorisent l'évolution de la pachyméningite dans la paralysie générale, la démence sénile, la phthisie et les maladies consomptives qui conduisent à la dégénération graisseuse des vaisseaux. Il insiste sur l'importance étiologique du traumatisme et remarque que le choc sur la tête ne provoque pas l'hémorragie par rupture directe des vaisseaux, mais par le spasme lié à la commotion cérébrale.

XI. — *Paralysie générale syphilitique*; par M. M.-J. Nolan (numéro d'avril). — Sous ce titre sont publiées deux observations d'une portée clinique différente. La première est celle d'un jeune malade victime de l'hérédité syphilitique et offrait une paralysie générale à type vulgaire. Le sujet de la seconde est devenu syphilitique tardivement et a succombé au développement d'une gomme intracrânienne.

Le premier malade, âgé de dix-huit ans, est fils de syphilitique. Son père a été exhibé, pendant plusieurs années, aux cliniques de l'hôpital de Dublin. Cet homme se vantait cyniquement d'avoir infecté toute sa famille. Notre malade a eu des convulsions à sa naissance, puis à diverses époques de sa vie. A dix-huit ans, à la suite de crises épileptiformes, il a été frappé d'une débilité physique et mentale qui s'est rapidement aggravée dans l'asile. Ce jeune homme offre les signes extérieurs de la syphilis congénitale : crâne petit, mal conformé, cicatrices aux commissures labiales, kératite interstitielle, etc.

Nous croyons inutile d'insister sur la démence et les troubles moteurs caractéristiques qui ont permis de fixer le diagnostic. Le malade a succombé dans le marasme, après une attaque convulsive, deux mois après son entrée. A l'autopsie, on a constaté, outre les adhérences des méninges et les lésions connues de la paralysie générale, l'existence d'une gomme pleurale siégeant au côté droit de la cavité thoracique, entre la 3^e et la 5^e côtes.

Le second cas clinique est l'histoire d'un charretier, âgé de quarante-quatre ans, habituellement laborieux et sobre. A la suite d'une débauche insolite, cet homme s'est souillé avec une prostituée qui lui a donné un chancre. Trois ans s'écoulent et il paraît guéri de la syphilis; il jouit, pendant deux années encore, d'une santé parfaite en apparence.

Treize mois avant son admission à l'asile, le malade, qui avait un excellent odorat, a été tout à coup frappé d'anosmie.

Puis, il est devenu inquiet; son intelligence s'est faite obtuse et il a perdu la mémoire.

Plus tard, il accuse une douleur fixe au côté droit de la tête. Cette douleur lui arrache des cris; il se frappe la tête contre le mur, se serre les tempes avec une corde. Il accuse eu même temps des hallucinations de l'odorat. La démence progresse; la conduite devient incohérente et l'on voit apparaître l'incertitude des mouvements et le tremblement musculaire caractéristique. Le sommeil est troublé par des rêves pénibles; le malade est agité par des hallucinations terrifiantes de la vue.

Telle est la succession des phénomènes depuis le début de la maladie. Au moment de l'entrée, le malade est dans un état cachectique et offre la physionomie bien nette d'un homme atteint de paralysie générale avancée. L'odorat est perdu, la vue intacte. L'examen du corps et des organes génitaux fait découvrir une cicatrice chancreuse au gland, les traces d'un bubon et d'une éruption spécifique. La démence est absolue. Une attaque convulsive s'est produite le troisième jour après l'admission. Le mois suivant, on note la formation d'un abcès osseux au pied gauche avec l'élimination d'un séquestre. La mort est bientôt survenue à la suite d'accès épileptiformes, avec rigidité cataleptique du côté droit. L'invasion de la syphilis datait de six ans. Le malade avait séjourné six semaines à l'asile.

L'autopsie a révélé l'existence d'une tumeur intracrânienne de la forme et du volume d'une petite noix. Ce néoplasme est logé dans la substance cérébrale et repose sur le plancher osseux de la fosse frontale droite. Il est adhérent à la dure-mère qui lui fournit un support fibreux très dense. Il offre l'aspect et les caractères d'une gomme syphilitique. En aucune région du cerveau, les membranes ne sont adhérentes aux circonvolutions.

XII. — *L'aliénation mentale en Grèce*; par le D^r F.-B. Sanburn (numéro de juillet). — Il existe en Grèce deux établissements d'aliénés: le vieil asile de Corfou (*phrénokomeion*) et le manicomie d'Athènes qu'on désigne du nom de *Dromokaiteion*, parce qu'il a été fondé par la famille Dromokaïtes.

L'asile de Corfou, bâti en 1838 par sir Howard Douglas, a 104 malades, 84 hommes et 20 femmes. Celui d'Athènes contient 116 aliénés. Tandis que la population du premier est à peu près stationnaire, le second s'accroît tous les jours, et les besoins de l'assistance ont nécessité l'érection récente d'un

bâtiment pour 40 malades payants, qui va être entièrement occupé. Dans l'avenir, de nouvelles constructions doivent permettre l'hospitalisation de 250 aliénés, et l'asile sera à peine suffisant, à cause de l'augmentation des cas de folie, constatée en Grèce comme dans les autres pays d'Europe.

Néanmoins, les chiffres qui précèdent donnent l'idée d'un accroissement encore peu considérable pour ce pays, si on le compare aux autres nations. En effet, le rapport du nombre des aliénés à la population totale est faible: 2,000 aliénés sur 2,500,000 habitants.

Ces chiffres sont du docteur Chirigotes, médecin en chef de l'asile d'Athènes. Ils excitent l'admiration de M. Sanburn, qui compte en Massachussets, pour le même nombre d'habitants, 7,500 aliénés. D'après lui, cette immunité relative des Grecs est imputable à leur vie vertueuse et sobre; ils sont encore soustraits à l'influence des villes et de la civilisation. Aussi la paralysie générale est-elle rare chez les Grecs, qui bénéficient encore d'un privilège de race.

L'asile d'Athènes a été construit d'après les plans du docteur Chirigotes. Situé à trois milles au nord-ouest de la capitale, il occupe, sur la route d'Eleusis, un terrain élevé d'où l'œil découvre l'Acropole et le mont Egaléos. A l'horizon, la vue s'étend jusqu'à la mer et aux montagnes. La propriété a cent acres de superficie. Le pays est malheureusement éprouvé par la sécheresse, et l'aspect aride de la campagne, à Athènes, contraste avec la fraîcheur du paysage dont jouissent la plupart des asiles européens.

L'établissement comprend plusieurs pavillons à étages très élevés, dont l'aération a été largement comprise. Ces bâtiments se divisent en deux parties, l'une réservée aux malades payants de la classe supérieure (2,875 fr. par an), l'autre habitée par des pensionnaires d'une classe moins élevée (875 fr. par an). Avec ces derniers se trouvent 40 aliénés indigents dont l'asile paie les frais d'entretien. L'asile est autonome et s'administre avec ses propres ressources. La valeur de la propriété est estimée 790,000 francs. Le prix moyen de l'entretien annuel d'un pensionnaire est de 1,500 francs.

A l'asile d'Athènes, les malades sont peu occupés. Cependant le climat de l'Attique permettrait le travail extérieur prolongé, en prenant les précautions exigées contre le soleil. L'établissement est d'ailleurs parfaitement construit et aménagé pour combattre la chaleur. Son exposition est admirablement

comprise entre la brise de mer et l'air salubre des montagnes.

XIII. — *L'Amok des Malais*; par M. Gilmore Ellis (numéro de juillet). — Le directeur de l'asile de Singapore décrit sous ce nom un trouble mental très connu dans l'Inde et la Malaisie, dont l'aspect saillant est une impulsion violente, irrésistible à l'homicide. « Amok » est un mot malais qui signifie attaque furieuse. Cette affection mentale n'est pas le produit de l'alcoolisme ni de l'épilepsie (le mal caduc est très rare chez ces peuples); elle n'est pas héréditaire, à moins qu'on ne considère comme hérédité les qualités d'une race. Les Bagis, indigènes des Célèbes, les habitants de l'île Bali, au sud-est de Java, sont, parmi les Malais, les plus prédisposés à l'amok.

On a assigné à l'accès différentes causes: l'infidélité de la femme, la mort d'une personne aimée, la vue du sang (de son propre sang), des griefs plus ou moins fondés, une perte d'argent au jeu, un affront public (emprisonnement), la fièvre paludéenne. La crise est précédée d'une période très courte de dépression mentale, qu'il importe de ne point laisser inaperçue.

Les indigènes connaissent très bien une forme particulière de mélancolie à paroxysmes violents, sous le nom de *sakit-hati* — littéralement *souffrance du cœur* — pendant laquelle le malade est sombre, sous le coup d'un délire de persécution et de vengeance. Ce trouble vésanique précéderait d'ordinaire l'explosion de l'accès furieux. Elle est soudaine et terrible. Le malheureux aliéné s'élance tout à coup, armé d'un cris ou d'un couperet (*parang*), et abat dans une course furibonde tous ceux qu'il rencontre. Il n'est arrêté qu'après avoir fait de nombreuses victimes. Il ne garde qu'une impression confuse de l'attaque et peut même en avoir perdu le souvenir.

L'amok, est donc une folie impulsive, transitoire, d'un caractère éminemment dangereux, qui est propre à la race malaise. Autrefois; il y a cent ans, l'individu qui en était atteint était traqué et mis à mort comme un chien enragé. Les anciens rajahs s'emparaient de la personne des *Amokers*, les réduisaient en esclavage ou les faisaient exécuter sommairement. Dans les pays soumis à l'influence européenne, on se montre plus humain. Le malade est arrêté, jugé par les tribunaux et généralement placé à l'asile.

XIV. — *Traitement du myxœdème et du crétinisme*; par le Dr Cecil Beadles (numéros de juillet et d'octobre). — C'est une véritable monographie qu'a écrite M. Beadles sur le myxœ-

dème et son traitement. Cette affection, qui commence à être connue, est assez commune en Angleterre, puisque l'enquête provoquée en 1888 par la Société clinique de Londres en a fait connaître, en cinq ans, 200 cas bien constatés. Notre auteur présente sous forme de tableaux 100 nouveaux faits récents, observés de 1891 à 1893. La statistique comprend, en outre, 11 cas de crétinisme sporadique soumis avec succès au traitement thyroïdien.

La cachexie pachydermique s'observe surtout en dehors des asiles d'aliénés, cependant quelques malades présentent des troubles mentaux qui les rendent passibles de la séquestration manicomiale. Mais on ne les observe guère qu'en Angleterre et dans les pays septentrionaux. Dans le midi de l'Europe, ces aliénés se rencontrent rarement et l'asile de Bordeaux, entre autres, est un terrain peu favorable à l'étude du myxœdème.

M. Beadles passe en revue les anciens procédés employés contre cette affection. Ils n'ont plus qu'un intérêt historique et méritent d'être oubliés. Toniques divers, stimulants cutanés, jaborandi, pilocarpine, modificateurs de la nutrition, arsenic, strychnine, nitro-glycérine, électricité, massage, chaleur, exercice musculaire : tel est l'ensemble des moyens préconisés par l'ancienne thérapeutique, à laquelle il faut reconnaître des effets exclusivement palliatifs.

La science est entrée dans une voie nouvelle avec la greffe thyroïdienne, recommandée en Angleterre par le professeur Horsley, en France par Walther et Lannelongue. A la même époque, deux médecins de Lisbonne, Battencourt et Serrano, appliquent avec bonheur le traitement chirurgical. Dans la suite, de nombreux essais ont définitivement consacré la méthode dans le Royaume-Uni.

Elle ne devait pas tarder à être simplifiée. Le D^r Murray, un élève du professeur Horsley, attribuant au suc thyroïdien les bons résultats du traitement par la greffe, proposa bientôt de lui substituer les injections sous-cutanées de suc frais de la glande thyroïde. C'est la seconde phase de l'histoire du traitement thyroïdien, mis désormais à la portée de tous, grâce à cette simplification.

Enfin, troisième phase, le D^r Mackenzie fait ingérer aux malades la glande en nature, mélangée à l'eau-de-vie ou à du sirop de groseilles. On a prescrit encore, par la voie buccale, un extrait de thyroïde à la glycérine et une poudre sèche préparée par la formule du D^r Davies. A Copenhague, le D^r Vermeh-

ren emploie la thyroïdine, qu'on obtient en précipitant par l'alcool l'extrait à la glycérine.

Les 100 cas réunis par M. Beadles lui suggèrent quelques remarques instructives qui confirment d'ailleurs les résultats actuellement acquis. Dans cette collection énorme de cas on ne compte que huit hommes et la prédisposition plus marquée du sexe féminin paraît évidente. Les résultats du traitement ont été également heureux chez les deux sexes. Tous les âges sont exposés au myxœdème dans la même proportion. La durée ancienne de la maladie ne constitue pas une condition fâcheuse pour le succès du traitement. Au contraire, c'est dans les cas les plus graves en apparence que l'ingestion de la thyroïde produit les plus merveilleux effets.

La médication est suivie d'un changement rapide, mais elle doit être poursuivie longtemps, à faibles doses, sous peine de voir le malade retomber dans son état cachectique. La posologie du remède n'est pas soumise à des règles invariables; elle dépend des cas individuels et de l'idiosyncrasie des malades. Quels que soient le mode d'administration et les doses, le résultat du traitement thyroïdien est vraiment extraordinaire. Au bout de quelques semaines, une transformation s'est opérée dans la physionomie du myxœdémateux au point de le rendre méconnaissable.

Le traitement n'est pas sans danger. M. Beadles signale quatre morts. Les symptômes graves, dont il faut se préoccuper sont la perte de connaissance, les convulsions, le collapsus, la suffocation, l'asystolie. Les symptômes plus bénins, révélateurs de l'intoxication, sont la faiblesse générale, les nausées, les vomissements, les frissons légers, la céphalalgie, les douleurs dans le cou et les épaules.

La folie myxœdémateuse a-t-elle des caractères spéciaux? Tous les malades finissent invariablement par la démence. Avant d'y arriver, ils présentent une forme mentale bien définie, étudiée récemment par le Dr Savage (*Dictionnaire* de H. Tuke). Elle se résume dans un retard dans l'entendement, un arrêt dans l'élaboration des idées. Dans la moitié des cas, on observe des conceptions délirantes et des hallucinations. Le trouble vésanique peut rappeler la manie chronique, la démence ou la mélancolie; il se distingue par la prédominance des idées de soupçon et de remords; il peut se compliquer d'exaltation. Dès le début, la mémoire est généralement altérée.

Des observations nombreuses sont consignées dans ce tra-

vail. La cure thyroïdienne a été constamment efficace, au moins dans le sens d'une amélioration manifeste. Le myxœdème congénital lui-même n'est pas réfractaire à son action bienfaisante. Nous lisons l'histoire d'une petite fille, âgée de huit ans, traitée par M. le D^r Bramwell, dont la transformation mentale a été complète. Il y a plus ; son aspect physique a subi un changement saisissant. Cette enfant a grandi d'un pouce après cinq semaines d'ingestion.

Quelques malades offraient, au point de vue étiologique, des particularités curieuses. Dans la famille d'un grand nombre existaient la folie, l'imbécillité, la maladie de Graves. L'un des sujets était atteint de cette dernière affection. Un malade du D^r Duke était goitreux. Le D^r Putnam rapporte un fait des plus intéressants. Son malade offrait antérieurement une hypertrophie thyroïdienne avec tachycardie, sans exophtalmie. Par la médication, la glande thyroïde a diminué de volume. Le myxœdème était héréditaire dans la famille de cet homme. Le cas suivant, rapporté par le D^r Wilkin Stabb, est favorable à la théorie généralement admise touchant l'évolution et la nature du myxœdème. Une femme de vingt-deux ans a, depuis huit ans, un goitre exophtalmique qui disparaît après une rougeole. A partir de ce moment se développe chez elle la cachexie myxœdémateuse. Cette femme a parfaitement guéri par la cure thyroïdienne.

XV. — *Paralysie générale à la période pubère*; par le D^r J. Wigglesworth (numéro de juillet). — Deux observations de paralysie générale chez deux jeunes filles âgées de quinze ans, servent de base à ce mémoire. Avec trois autres cas rapportés par M. Clouston, un par M. Turnbull, un par Charcot et Dutil et trois par l'auteur lui-même, ces deux observations forment un total de huit, qui sont très judicieusement commentées dans ce travail.

Le plus jeune des malades avait douze ans, le plus âgé seize. La durée de la maladie a été en général d'une longueur anormale (quatre ans et demi en moyenne). Les filles sont plus nombreuses que les garçons. Le sexe masculin ayant la prépondérance dans l'âge adulte, il semble que, dans les cas juvéniles, la maladie tendrait à se produire au moins en proportions égales dans les deux sexes.

La démence simple est la forme mentale habituelle chez ces jeunes malades. Chez un seul, M. Clouston a noté quelques idées de grandeur. En un mot, le trouble mental participe

plutôt de la forme dégénérative que du type sthénique de la paralysie générale.

Les signes de la puberté ne se montrent pas, ou ils tendent à disparaître avec les progrès de la maladie. La menstruation manque chez les jeunes filles. La physionomie des sujets reste puérile, malgré leur âge relativement avancé au moment de la mort (seize à dix-huit ans).

Chez deux d'entre eux, l'émaciation extrême a été un fait digne de remarque. Parmi les caractères néeropsiques, il convient de mentionner l'atrophie du cerveau. Chez un sujet de dix-neuf ans, non microcéphale, le cerveau ne pesait que 720 grammes.

Quatre malades étaient nettement héréditaires; un cinquième l'était probablement; chez deux autres, l'aleoolisme existait chez les parents. L'hérédité serait donc constatée dans les 7/8 des cas; cette proportion est beaucoup plus forte que chez les adultes. Parmi les causes, la syphilis vient après l'hérédité. Clouston l'a signalée chez un de ses malades. L'une des jeunes filles dont l'histoire est rapportée dans ce chapitre était présumée syphilitique. Sa mère avait eu 13 accouchements et, sur le nombre, 6 avortements ou enfants mort-nés. Enfin, le traumatisme paraît avoir une valeur étiologique sérieuse. Les deux, malades observées par notre confrère avaient l'une et l'autre dans leurs antécédents, une chute sur la tête.

XVI. — *Manie aiguë consécutive à la rupture du rectum par un lavement, treize jours après une ovariectomie; guérison; par le D^r Butler Smythe (numéro de juillet).* — Une femme de quarante-trois ans subit l'ablation d'un kyste de l'ovaire. Aucun incident sérieux n'a marqué l'opération, mais on suppose que, dans la dissection de la tumeur, la paroi rectale a été intéressée. Huit jours après, à la suite de plusieurs lavements d'huile et de savon, administrés coup sur coup et formant un volume considérable, l'intestin s'est rompu et les matières se sont fait jour à travers la plaie abdominale. Un pansement antiseptique rigoureux a été appliqué, concurremment avec le drainage de l'intestin. Onze jours après l'opération, un accès de manie se déclare et la malade devient désordonnée, violente et indocile. Il est inutile d'insister sur ce cas clinique, où nous devons relever, cependant, un mouvement fébrile intense à forme rémittente. Le pouls s'est élevé jusqu'à 130 pulsations; la température maxima a été 39°5. Malgré les difficultés du traitement et les conditions fâcheuses de la

lésion chirurgicale, la malade a pu s'améliorer. Deux mois après la grave complication intestinale, elle était calme et lucide. Son état physique était bon, sauf une fistule hypogastrique par où s'échappaient les matières fécales. Cette ouverture, s'est fermée dans la suite, laissant à sa place une hernie. La guérison de la maladie mentale s'est maintenue.

XVII. — *Discours présidentiel prononcé à la quatre-vingt-deuxième séance annuelle de l'Association médico-psychologique, tenue à Palace Hôtel, Buxton, le 28 juillet 1893*; par le Dr Murray Lindsay (numéro d'octobre). — Dans son allocution, le nouveau président a touché à plusieurs questions qui intéressent la vie des asiles et la profession aliéniste. Le discours présidentiel est un morceau oratoire qui paraît périodiquement et qui emprunte tous les ans à l'actualité sa véritable importance.

M. Lindsay fait ressortir d'abord le rôle toujours plus prépondérant que joue dans l'Université anglaise l'Association médico-psychologique. Il propose, au sein de cette assemblée, la nomination d'une commission des finances et d'une commission administrative. Cette dernière se réservera l'étude de questions nombreuses dont la solution est promptement désirable.

1° L'insuffisance du personnel médical des asiles. De nouveaux emplois de médecin-adjoint doivent être créés. Les asiles de comté, où sont traités les cas aigus et chroniques, doivent avoir un médecin pour 250 malades.

2° Le nombre des gardiens dans les asiles de pauvres. Ce nombre n'est pas le même partout. Un gardien pour 10 aliénés paraît à l'orateur la proportion la plus rationnelle.

3° La fixation des heures de travail pour les gardiens. Cette détermination offre un intérêt d'autant plus grand que la réforme sociale la met à l'ordre du jour. M. Lindsay estime que les quatorze heures de présence exigées journellement de ces serviteurs constituent un travail excessif. Il est d'avis que leur tâche doit être allégée par le recrutement d'un personnel supplémentaire. On tiendra compte, d'ailleurs, de la catégorie des aliénés. Un gardien a droit à un logement séparé.

4° La gestion des fermes d'asile, dont la prospérité est menacée par la crise agricole.

5° L'institution de laboratoires, de gymnases, piscines, bains turcs.

6° L'organisation de fêtes le dimanche pour les aliénés; la création de concerts, matinées, etc.

Les conditions d'admission des gardiens, les diplômes qui leur sont décernés, les cours qu'il suivent sont autant de sujets dignes d'attention, dont M. Lindsay entretient son auditoire.

Les femmes peuvent-elles faire partie de l'Association? Il répond par l'affirmative en ajoutant qu'il faudrait souhaiter encore de les voir admises parmi le personnel aliéniste, étant donnés les services spéciaux qu'elles rendraient dans les asiles de leur sexe.

Le passage capital de ce discours est la critique de la nouvelle loi, qui fonctionne depuis trois ans et doit montrer aujourd'hui ses défauts et ses avantages. Dans son ensemble, elle n'est pas goûtée de la majorité des médecins. On lui reproche notamment d'encombrer la paperasserie des asiles sans profit pour les malades. Absorbés par les procédures d'admission, les médecins consacrent à leur besogne administrative un temps énorme, qui serait plus utilement consacré au soin des aliénés. Si la loi nouvelle n'assure pas, ainsi qu'on l'avait espéré, le placement plus prompt de ces derniers, elle facilite, en revanche, leur sortie prématurée et leur réintégration trop fréquente, au détriment des Unions.

Malgré les clauses facultatives qu'elle contient, cette loi n'a pas assuré le traitement, dans les asiles de pauvres, des malades payants de la classe moyenne et l'on attend encore l'organisation de l'assistance des idiots, sous l'administration des asiles de comté.

On l'accuse encore de ne pas accorder aux médecins une protection suffisante. Aussi ces derniers se montrent difficiles pour signer les certificats d'admission. En cas de danger public, le placement urgent d'un aliéné est parfois malaisé et trouve un obstacle de plus dans l'article qui retire aux clergymens et aux officiers de l'Assistance publique le pouvoir de délivrer un ordre et réserve cette fonction aux seuls magistrats.

Les workhouses attirent ensuite la sollicitude de l'honorable président. Leur rôle est d'alléger les asiles des aliénés chroniques et inoffensifs; ils ne pourront le remplir utilement que si on les pourroit enfin des améliorations qu'ils réclament. C'est une question de finances, qui ne sera tranchée que le jour où ces établissements recevront l'allocation de 4 shillings par semaine et par tête que le gouvernement accorde aux asiles d'aliénés.

Le nombre des inspecteurs doit être augmenté. L'orateur remarque très justement que, malgré l'augmentation du chiffre

des aliénés, il y a toujours eu, en Angleterre, six inspecteurs de l'aliénation mentale. Ces fonctionnaires doivent être mieux payés; certains d'entre eux sont moins rétribués que les directeurs d'asile. Il y aurait lieu, pour faciliter leur mission, d'autoriser la fusion des inspecteurs d'asile avec ceux de la chancellerie et de créer des inspecteurs-adjoints. En terminant, M. Lindsay fait l'éloge des nouveaux conseils de la province.

D^r PONS

JOURNAUX ALLEMANDS

Neurologisches Centralblatt.

ANNÉE 1893.

I. — *Du mécanisme psychique des phénomènes hystériques*; par les D^{rs} Breuer et Freud, de Vienne (numéro de janvier). — Recherchant depuis des années, dans différentes formes d'hystérie, l'accident qui a provoqué la première crise, les auteurs ont remarqué que, pour diverses raisons, les déclarations des malades sont insuffisantes pour arriver au but, et qu'il faut pour être bien renseigné mettre le patient en état de sommeil hypnotique.

Ils ont pu se convaincre ainsi, que l'accident qui a provoqué la première crise, joue sur les manifestations hystériques ultérieures un rôle bien plus important qu'on ne pourrait croire, et des exemples cités par eux prouvent l'analogie pathogénique entre l'hystérie ordinaire et l'hystérie traumatique; car ce n'est pas à vrai dire le traumatisme physique, mais le traumatisme psychique (frayeur) qui l'accompagne, qui est la cause de la maladie. Or, toute cause de frayeur, de honte, de peine morale produit ce traumatisme psychique et il peut même y avoir des traumatismes psychiques partiels dont la répétition, l'accumulation, peut causer un traumatisme suffisant pour devenir une cause de névrose traumatique.

Ces traumatismes psychiques peuvent, à longue échéance apporter, en revivant par le souvenir, comme la cause déterminante de nouveaux phénomènes hystériques.

Les auteurs ont constaté ce fait auquel ils attachent un haut intérêt pratique. En faisant renaître, chez le malade hyp-

notisé, la situation dans laquelle s'est développée la première crise, avec les mêmes impressions et en lui faisant rendre compte de sa situation, ils ont provoqué pour une dernière fois les accidents tels que crampes; névralgies, hallucinations qui ont après cette expérience disparu pour toujours, et il ne s'agit pas là, d'après les auteurs, d'un effet de suggestion, mais de l'action bienfaisante que produit au malade le fait d'avoir pu réagir contre son impression en la racontant. C'est un effet comparable à celui que produit la vengeance d'un affront reçu, au soulagement que produisent les larmes à la douleur, ou la confiance d'un secret qui pèse. Mais cette réaction n'est pas le seul moyen de soulager les traumatismes psychiques, il y a encore le soulagement de l'effort qui tend à faire rentrer le souvenir des traumatismes psychiques dans le cercle général de l'association et à opposer par exemple à l'accident l'idée de salut et de la sécurité actuelle.

D'après les auteurs, les souvenirs qui provoquent les accidents hystériques sont restés avec toute leur fraîcheur et tous leurs effets affectifs, chez les hystériques, et cependant, dans leur état psychique habituel, les malades s'en souviennent mal ou pas du tout. Cela tient à ce que ces traumatismes psychiques et *affectifs qu'ils ont provoqués* n'ont pas été suivis de réaction, soit que par leur nature ils aient exclu la possibilité de la réaction, soit qu'ils aient été ressentis dans des états n'admettant pas la réaction, comme l'état subhypnotique, l'état de rêve, d'autohypnose. Et l'on peut dire que l'idée devenue pathogène a gardé sa fraîcheur et sa force affective parce que son usure normale par réaction ou par reproduction avec des facultés d'associations indemnes a été empêchée.

Aussi les auteurs sont-ils convaincus que le dédoublement de la conscience classiquement constaté, existe à l'état rudimentaire dans l'hystérie et que la disposition à cette dissociation, et, par conséquent, à des états de conscience anormaux, qu'ils appellent « états hypnoïdes », est le phénomène principal de la névrose hystérique. Ils concluent qu'au lieu de dire que l'hypnose est une hystérie artificielle, on pourrait dire que le substratum, la condition de l'hystérie est l'existence d'états hypnoïdes. Quant aux heureux effets de la psychothérapie les auteurs l'expliquent de la manière suivante : L'influence de l'impression première, impression non suivie de réaction, est supprimée, en ce que l'effet affectif contenu jusqu'alors est exprimé par le langage et ramené dans le cercle des idées

associées et dans la conscience normale (dans l'état d'hypnose légère), ou enfin est détruite par suggestion comme cela arrive dans le somnambulisme avec amnésie.

Cette action thérapeutique est importante d'après les auteurs, quoique non curative de l'hystérie, parce qu'elle n'abolit pas les dispositions à de nouveaux états hypnoïdes ; mais dans l'hystérie arrivée à l'état chronique, elle permet de combattre d'une manière radicale certains accidents hystériques.

II. — *De la Duboisine*; par E. Meudel (numéro de février). — La Duboisine expérimentée comme hypnotique dans les affections mentales par Ostermayer, Preininger, Belmondo, Mabile, Lallemand, Naেকে, etc., a donné des résultats satisfaisants et semble, d'après l'auteur, devoir être une conquête pour notre arsenal thérapeutique. L'ayant expérimentée lui-même dans les affections mentales, il a constaté que son effet hypnotique se produit surtout dans les cas d'agitation due plutôt à l'excitation musculaire qu'au délire et aux hallucinations ; et il a constaté que le premier effet du médicament était de provoquer le relâchement musculaire, le sommeil ne survenant qu'après la disparition de cette excitation musculaire cause de l'insomnie. L'auteur a pu constater que pour les cas d'insomnie, reconnaissant pour cause l'agitation musculaire précitée, la Duboisine réussit à donner le repos et le sommeil là où tous les autres hypnotiques échouent.

Il a été logiquement amené à administrer la Duboisine dans la paralysie agitante et en a obtenu d'excellents effets qui l'autorisent à recommander la Duboisine, non comme un spécifique, mais comme un palliatif de cette agitation.

Quant à la dose il recommande 2 à 3 décimilligrammes deux à trois fois par jour, il n'a jamais eu de signes d'intoxication avec cette dose, qui peut être continuée longtemps sans inconvénients et sans qu'il y ait accoutumance. Dans l'épilepsie et l'hystero-épilepsie, l'auteur n'a pas obtenu d'amélioration par la Duboisine.

III. — *Un cas de lésion unilatérale de la moelle épinière avec participation du trijumeau du côté de la lésion*; par le Dr Stieglitz (numéro de mars). — L'observation détaillée de l'auteur nous montre un cas d'hémiplégie droite avec anesthésie de toute la moitié gauche du corps, et anesthésie de la moitié droite de la face avec hyperesthésie du côté paralysé. Quatorze jours après l'attaque les réflexes sont égaux et diminués des deux côtés ; à mesure que la paralysie diminue, il y a augmen-

tation des réflexes du côté paralysé, et il se produit des signes d'ataxie du même côté.

Par la discussion de ces symptômes, l'auteur établit le siège de la lésion sur la partie supérieure de la moelle *cervicale*, et plus spécialement entre les racines de la première et de la deuxième paire cervicales, et il estime qu'il y a eu embolie dans la branche descendante de l'artère spinale postérieure. En ce qui concerne la diminution des réflexes au début de l'attaque et leur augmentation du côté paralysé dans la suite, l'auteur explique le fait en rappelant les travaux de Bastian qui ont établi que, pour qu'il y ait disparition des réflexes, il faut que les voies d'excitation réflexe soient coupées dans les deux moitiés de la moelle épinière.

Quant à l'apparition de l'ataxie avec le retour de la mobilité, Joffroy et Salmon, Gilbert et Neumann l'ont également constatée. L'auteur en conclut que les fibres coordinatrices admises par Friedreich et Erb, ne s'entrecroisent pas dans la moelle, vu que l'ataxie s'observe toujours du côté où est la lésion.

IV. — *Influence de la suspension sur les troubles visuels dans les affections de la moelle épinière*; par le professeur W. v. Betcherew (numéro d'avril). — La suspension recommandée par le D^r Motschut-Kowsky et le professeur Charcot dans le traitement des maladies nerveuses, est en même temps un agent thérapeutique très précieux contre les troubles oculaires. Depuis longtemps déjà l'auteur l'avait remarqué. Abadie et Desnos avaient vu une amélioration dans l'acuité visuelle survenir dans un cas de tabes dorsalis traité par la suspension: Eulenburg et Mendel constatèrent une diminution de l'amblyopie dans une atrophie du nerf oculaire d'origine tabétique et une diminution de la parésie des nerfs de l'œil dans un cas de sclérose multiple. Bernard a vu, après la suspension, disparaître une diplopie. Darier rapporte quatre cas d'atrophie oculaire d'origine tabétique avec amélioration de l'acuité visuelle après la suspension; l'un de ses malades, presque aveugle, commence à distinguer la lumière, puis à s'orienter plus facilement, et enfin arrive même à reconnaître quelques objets; chez un autre, l'acuité visuelle va de $1/5$ à $1/3$ et enfin, chez le troisième, de $1/4$ à $1/2$.

L'auteur s'est servi de l'appareil à suspension du D^r Sprimon et il le recommande pour sa simplicité et sa commodité. Cet appareil se compose d'un siège à dossier vertical en forme

de poutre surmonté d'une poulie dans laquelle glisse une corde. A une extrémité de la corde se trouve un balancier à rainures pour les courroies qui se fixent à l'occiput, au menton et aux coudes du malade. A l'autre extrémité de la corde est appendue une caisse destinée à recevoir des poids. Cet appareil a l'avantage de produire l'extension de la colonne vertébrale, le malade étant assis; mais on peut s'en servir aussi pour des malades debout en augmentant la longueur de la poutre support. Par l'addition de poids de plus en plus grands dans la caisse on arrive, peu à peu, à une extension graduelle de la colonne vertébrale et à conjurer ainsi tous les dangers que présente la suspension avec l'appareil du D^r Motschut-Kowsky. Par suite de la possibilité de régler la force de traction, on peut prolonger la suspension avec des poids faibles, et une pareille méthode est applicable dans tous les cas, même dans ceux où l'âge ou d'autres circonstances (cardiaques) sont une contre-indication à la suspension avec l'appareil de Motschut-Kowsky, dans lequel la force de traction est fournie par le poids propre du corps du sujet.

La durée de la suspension variait suivant l'état et les forces du malade; mais comme il n'employait ordinairement que des poids faibles, elle pouvait être plus prolongée que dans la méthode de suspension ordinaire. En général cette durée était de 5 à 15 minutes.

Il cite trois observations où la suspension a eu une influence favorable sur la vue.

Obs. 1. — Affaiblissement de l'acuité visuelle des deux yeux chez un tabétique âgé de quarante-trois ans, malade depuis quatre ans. Après quelques séances de suspension le malade, à son grand étonnement, remarque qu'il voit mieux et qu'il peut se passer de ses lunettes n° 11 dont il se servait depuis longtemps. Après 27 séances, l'acuité visuelle est de $V = 20/20$.

Obs. II. — Atrophie du nerf optique surtout de l'œil droit, d'origine tabétique. Ce malade est âgé de vingt-neuf ans et se plaint de troubles visuels depuis quatre ans. On le soumet à douze séances de suspension. Dès la troisième il y a une amélioration. L'acuité visuelle est de 6/200 et de 8/200 pour l'œil gauche. Le champ visuel est aussi plus étendu. Pas d'amélioration plus sensible à constater.

Obs. III. — Affection de l'œil droit chez une malade de vingt-cinq ans, consécutive à une paralysie faciale. Après trois séances de suspension dans quinze jours, l'acuité visuelle pour

l'œil droit est portée de $V = 15/70 - 4/30$ à $V = 17/40 - 9/30$. La malade sortit de l'hôpital sans continuer le traitement.

Cette heureuse influence de la suspension sur les troubles visuels, on ne la constate pas dans toutes les affections oculaires indistinctement. Le traitement a échoué dans deux cas d'atrophie du nerf optique ; mais cependant l'auteur croit devoir appeler l'attention des cliniciens sur ce traitement, surtout dans les cas de troubles visuels dépendant d'affections médullaires.

Il explique les résultats favorables obtenus par la suspension, dans ces dernières affections, par ce fait que les D^{rs} Bogrow et Schläuin ont remarqué que la suspension rendait plus active la circulation sanguine et augmentait sa pression dans le système nerveux central.

Le D^r Bogrow conclut en disant : « La suspension produit une extension de la colonne vertébrale et un allongement de la moelle épinière et de ses enveloppes, ce qui produit une pression négative dans l'espace compris entre la moelle et ses enveloppes et par suite une hyperémie de la substance blanche et surtout de la substance grise de la moelle épinière et du bulbe. »

Ce serait là l'explication de l'action favorable de la suspension sur les symptômes cérébraux en général, et sur l'organe de la vision en particulier.

V. — *Nouveau traitement de l'épilepsie* ; par le prof. Paul Flechsig (numéro d'avril). — L'auteur traite ses épileptiques par une méthode qui lui a donné d'heureux résultats. Elle consiste en une médication mixte d'opium et de brome. Il commence par de petites doses d'extrait d'opium (2 à 3 0,05 par jour) portées à un gramme et au-dessus par doses de 0,25 à 0,35. Au bout de six semaines environ il supprime brusquement l'opium et donne le brome à haute dose environ 7 gr. 5 par jour continué pendant près de 2 mois, pour descendre jusqu'à 2 grammes par jour. La suppression brusque de l'opium remplacé par le brome lui semble être le point essentiel du traitement. Les crises ne cèdent ordinairement qu'au moment où on commence le traitement au brome ; cependant, même lorsque le malade prend l'opium et surtout s'il a pris du brome déjà précédemment, on a souvent remarqué une suppression brusque des attaques ou au moins une diminution dans leur fréquence.

L'opium ne paraît donc agir que comme médicament prépa-

ratoire destiné à faciliter et à rendre plus active l'action du brome.

Avec ce traitement, l'auteur a obtenu deux guérisons dont il donne les observations; dans d'autres cas, une amélioration sensible et durable. Jamais il n'a eu d'insuccès.

VI. — *Remarques sur la localisation du centre du goût chez le lapin*; par le Dr A. E. Stscherbak (numéro d'avril). — L'auteur a publié, en 1891, une série d'expériences établissant que la destruction de la substance grise de l'écorce cérébrale et de la substance blanche sous-jacente sur la face convexe des hémisphères, dans la région des lobes temporaux, produisait la suppression complète du goût chez les animaux (lapins). Il obtient le même résultat par la lésion de la substance blanche située en avant de ce centre, et surtout par la destruction des fibres de la couronne rayonnante, et consigne dans sa communication les recherches anatomiques faites sur le cerveau des animaux opérés.

Dans une coupe fronto-sagittale pratiquée sur le cerveau coloré par la méthode de Pal ou au carmin, il a vu dans plusieurs cas, où le goût était supprimé, que l'extirpation n'a porté en grande partie que sur la substance grise de l'écorce cérébrale, et particulièrement sur la substance blanche seule, sans toucher à la corne d'Ammon plus profondément située, ni au noyau caudé. Dans un cas où l'extirpation de la substance grise intéressait la région antérieure au centre du goût, et où le résultat avait été négatif, il a trouvé une vaste hémorragie intéressant une partie notable de la corne d'Ammon. L'auteur a constaté qu'il n'y avait suppression du goût que lorsque les fibres les plus postérieures de la couronne rayonnante étaient détruites. Il n'a jamais trouvé de dégénérescence secondaire, ce qui s'explique facilement par ce fait que les animaux ne survivent que 7-9 jours à l'opération.

VII. — *Suite d'une observation de polyurie chez une aliénée*; par le Dr Wiedemeister (numéro d'avril). — Dans le numéro du 5 mars 1892, l'auteur avait raconté un cas de guérison de polyurie chez une aliénée affectée d'hydrocéphalie congénitale portant sur le quatrième ventricule.

La guérison persista jusque fin janvier 1893; à cette époque les besoins d'uriner reparurent plus fréquemment, jusqu'à vingt-neuf fois en 24 heures, vingt-deux fois le jour et sept fois la nuit, la quantité d'urine n'était montée qu'à 2,000 centimètres cubes au lieu de 6,000 comme précédemment. L'urine

était acide, trouble et sédimenteuse, présentant au microscope des cellules pavimenteuses provenant de la vessie et du vagin, sans globules sanguins. Le 6 février, la quantité est de 1,700 centimètres cubes, le poids spécifique de 1,020. Le 21 février les urines des 24 heures sont de 1,100 centimètres cubes et le poids spécifique est de 1,030. L'acide urique est en grande quantité. Cependant le nombre des évacuations n'est que de 3 et l'auteur considère la polyurie comme disparue.

Il met sur le compte de la pipéracine précédemment prescrite, l'augmentation de l'acide urique, plutôt que sur le compte des bains électriques, et cette fois il recommande les bains de siège et l'application d'un courant électrique, pendant 5 minutes tous les jours, sous l'occiput; malgré la suppression de la pipéracine, il s'établit de nouveau une énorme augmentation dans l'excrétion de l'acide urique, et l'auteur se demande si le quatrième ventricule a été directement influencé par le courant électrique, ce qui aurait amené la guérison de la polyurie.

VIII. — *Sur les changements de rapidité des phénomènes psychiques aux divers moments de la journée*; par le professeur W. v. Betcherew (numéro de mai). — L'auteur publie le résultat de recherches entreprises sur cette question par MM. Grau et Ostanokw, étudiants en médecine à la Faculté de Kasan, recherches qui leur ont valu une médaille d'or de la Faculté.

Ils ont étudié à cet effet quatre personnes: eux d'abord, puis deux personnes sachant lire et écrire: un garçon de l'université âgé de dix-huit ans, et un cultivateur de soixante-cinq ans. Pour eux-mêmes ils faisaient quatre séances par jour: le matin de 9 heures à 10 heures, le soir de 1 à 2 heures, de 2 à 5 et de 7 à 8; pour les deux autres trois séances seulement: une le matin et deux le soir. Le nombre des expériences était de cinquante par séance d'une durée de 30 à 40 minutes chacune. Pour chaque personne, le nombre des expériences fut de 1,500 à 2,000.

Ils arrivent aux résultats suivants: tout d'abord ils constatent que les phénomènes psychiques sont plus lents le matin que le soir et plus lents encore l'après-midi que le matin.

La rapidité des phénomènes psychiques n'est pas constante; sans tenir compte de l'individu, de l'âge et d'autres circonstances, cette rapidité varie avec les divers moments de la journée.

La rapidité des phénomènes psychiques les plus simples, présente dans le cours de la journée des variations typiques

qui restent les mêmes chez chaque individu dans les conditions normales. Cette constance rappelle, par la courbe de ses variations, la courbe des variations des phénomènes physiologiques, tels que la température du corps.

Le type des variations dans la rapidité des phénomènes psychiques les plus simples affecte, chez les personnes étudiées, sans différence d'âge, une courbe indiquant que le matin les phénomènes psychiques sont retardés et le soir, au contraire, accélérés. C'est l'après-midi que cette courbe est la moins prononcée.¹

Plus les phénomènes psychiques sont compliqués, plus sont prononcées les variations dans la courbe aux divers moments de la journée.

L'influence de l'alimentation prise est marquée par un ralentissement des phénomènes psychiques.

IX. — *Un cas d'alexie ou impossibilité de lire*; par le Dr Philippe Zenner, de Cincinnati (numéro de mai). — Les cas d'alexie subcorticale ou incapacité de lire avec conservation de la vue et de l'écriture sont rares. L'observation rapportée par l'auteur emprunte tout son intérêt dans ce fait, que l'alexie est survenue à la suite d'hémianopsie et semble avoir son point de départ dans les troubles oculaires.

Il s'agit d'une femme de trente-quatre ans, entrée en octobre 1892 à l'hôpital, 18 mois après une paralysie faciale gauche et une parésie du bras droit qui bientôt disparut. Actuellement elle présente un affaiblissement intellectuel portant surtout sur les chiffres et les dates, de l'inhabileté des mains avec diminution du sens musculaire; plus tard surviennent du nystagmus, de l'affaiblissement dans les mouvements de convergence de l'œil et de l'hémianopsie droite. C'est surtout de ses troubles visuels que se plaint la malade: elle ne peut sortir seule dans la rue, par crainte de tomber ou de buter contre des obstacles. Cependant elle reconnaît des personnes qu'elle n'a pas revues depuis des années, et distingue parfaitement des taches du plafond, les aiguilles les plus fines, les cheveux, etc. Elle ne peut lire ni les lettres d'imprimerie, ni les lettres d'écriture grandes ou petites; elle reconnaît bien par ci par là une lettre isolée, mais il lui est impossible de reconnaître cette lettre si elle se trouve dans un mot. Ainsi la malade reconnaît la lettre « M », à une certaine distance; si, à la même distance, on lui présente la syllabe « MA », ce n'est qu'au bout d'un certain moment que la lettre « M » est reconnue.

La malade peut écrire seule et à la dictée, mais assez difficilement, par suite d'une sorte d'ataxie dans les mouvements de la main.

Cette incapacité de lire semble avoir son origine dans le rétrécissement du champ visuel, et les mouvements continus et involontaires des yeux. Ce nystagmus semblait plus prononcé quand la malade s'appliquait à lire un mot que lorsqu'elle ne lisait qu'une lettre isolée.

Ce cas se distingue de l'alexie, par ce fait que dans l'alexie il y a impossibilité de lire les lettres et de les associer en des mots, tandis que la malade peut lire les lettres et souvent deviner un mot dont elle ne pouvait reconnaître que quelques lettres, et cela sans se fatiguer. Elle nommait par leur nom les objets qu'elle voyait.

L'affaiblissement dans les mouvements de convergence des yeux, le nystagmus et l'inhabileté des mains sont la preuve de l'affaiblissement des muscles.

D'après l'auteur il s'agit, au point de vue de la localisation anatomique, d'une lésion d'une partie du lobe occipital, comme le prouve l'hémianopsie.

X. — *Altérations anatomo-pathologiques dans un cas de paralysie faciale d'origine non spécifique*; par le prof. L. Darkschewitsch (numéro de mai). — Les affections de l'oreille moyenne et les refroidissements (rhumatisme) sont les causes les plus communes de la paralysie faciale. Il est établi maintenant, que la paralysie faciale d'origine rhumatismale a sa cause dans une névrite parenchymateuse (Minkowsky) dont les altérations anatomo-pathologiques sont encore peu connues. Il en est de même dans les paralysies faciales consécutives à une otite, l'auteur rapporte un cas de ce genre suivi d'autopsie.

Il s'agit d'une malade de cinquante-neuf ans, entrée le 22 septembre 1891, qui, en mars 1891, à la suite d'un refroidissement, eut une inflammation aiguë de l'oreille moyenne gauche suivie de surdité complète. En juillet, se forme derrière cette oreille un abcès qui s'ouvre au bout de quelques jours, ensuite, survient une paralysie totale de tous les filets du nerf facial; en même temps l'œil gauche est frappé de panophtalmie suivie d'atrophie complète du globe oculaire.

Le 14 février 1892, la malade succombe à la suite d'une érysipèle de la face et du cuir chevelu, et, à l'autopsie, on trouve les lésions suivantes dans l'os temporal gauche : il porte tous les désordres d'une cario-nécrose qui a débuté dans la caisse du

tympan et s'est étendue au sinus mastoïdien ; les osselets et le tympan ont disparu et sont remplacés par du pus. Les parois du canal de Fallope et l'oreille interne sont intactes.

On soumet à l'examen microscopique les pièces suivantes : une partie du nerf facial prise aussitôt après sa sortie de la glande parotide, la partie du nerf contenue dans le canal de Fallope, une coupe du pédoncule cérébral comprenant le noyau et la portion intramédullaire de la racine du nerf facial, et, enfin, le muscle buccinateur, le tout provenant du côté malade.

A un faible grossissement, on se rend compte que les fibres nerveuses ont subi des altérations profondes, surtout que l'enveloppe médullaire présente de nombreuses solutions de continuité plus ou moins étendues.

A un plus fort grossissement on trouve des épaississements moniliformes sur les cylindres-axes. Dans certains filets, la gaine de Schwann, vide de son contenu, persiste seule. La partie du nerf facial contenue dans le canal de Fallope, peut, au point de vue de ses altérations, être divisée en deux portions, une périphérique et une centrale, dont la limite se trouve à environ 2-3 millimètres du ganglion géniculé. A un fort grossissement, on voit que les altérations sont bien plus prononcées dans la portion périphérique que dans la portion centrale. Les fibres nerveuses perdent peu à peu leur gaine de Schwann à mesure qu'on va du centre à la périphérie. On ne trouve aucune trace d'inflammation interstitielle, ni dans la portion centrale, ni dans la portion périphérique, pas plus que de traces d'infiltration récente, ou de lésion du côté des capillaires ou du tissu interstitiel.

Le pont de Varole a été divisé en deux portions : l'inférieure renfermant le noyau du nerf facial est colorée au carmin et à l'hématoxyline ; la supérieure, qui contient la partie intramédullaire de la racine du nerf, est traitée au liquide de Marchi. Cette dernière portion présente, du côté malade comparé à celle du côté sain, un grand nombre d'anias noirs formés par de la myéline dissoute, de dimensions variables, disposés en chaîne traçant nettement le trajet du nerf.

Les altérations de la racine du nerf sont encore plus nettes ; le genou du côté malade est beaucoup plus mince que celui du sain, et est composé de fibres en moindre quantité (atrophie simple).

Dans le noyau du nerf coloré au carmin, on ne trouve que peu de cellules normales, toutes sont plus ou moins atro-

phiées et présentent tous les stades successifs de la destruction.

Le muscle buccinateur, macéré dans une solution de bichromate de potasse à 2 p. 100 et examiné au microscope, ne présente de dégénérescence d'aucune sorte, de la substance contractile; mais les faisceaux musculaires sont fort amincis et les deux tiers environ ont disparu, et ont été remplacés par du tissu interstitiel.

En résumé, les altérations du nerf facial commencent à 2 ou 3 millimètres du ganglion géniculé, dans la portion périphérique, et doivent être le résultat d'une névrite parenchymateuse, tandis que les altérations de la deuxième portion, du ganglion géniculé au noyau, proviennent d'une dégénérescence secondaire. Le noyau lui-même porte les traces d'une atrophie simple.

Il n'est pas douteux que cette paralysie faciale, à marche rapide, présentant les caractères d'une paralysie périphérique, est due à une névrite parenchymateuse dont on trouve les traces dans la portion du nerf contenue dans le canal de Fallope. Si on voulait séparer la paralysie de la névrite parenchymateuse, il faudrait admettre que cette dernière a précédé les lésions atrophiques trouvées dans le noyau et le bout central du nerf; en d'autres termes, les altérations du noyau et de la portion intramédullaire du nerf seraient secondaires à la névrite parenchymateuse.

D'après l'auteur, les altérations pathologiques se seraient succédé dans l'ordre suivant: la névrite parenchymateuse de la portion périphérique du nerf aurait été primitive, puis ont apparu les altérations atrophiques du noyau du nerf, qui elles-mêmes auraient produit une dégénérescence secondaire descendante, dans les filets nerveux de la portion intramédullaire de la racine du nerf.

Cette observation prouve que, parmi les causes de la paralysie faciale consécutive à des affections de l'oreille moyenne, la névrite parenchymateuse joue son rôle. Les lésions trouvées dans le nerf, la gaine de myéline et le cylindre-axe, sont celles de la névrite parenchymateuse.

La cause de cette névrite est le processus cario-nécrotique dans l'os temporal; en d'autres termes, c'est une névrite d'origine infectieuse.

XI. — *Un appareil pour mesurer la force des jambes*; par le Dr William C. Krauss (numéro de juin). — Le dynamomètre de Mathière destiné à mesurer la force musculaire des membres

supérieurs est d'une grande utilité pour les neurologistes, et son usage est presque universel. Il est non moins nécessaire de mesurer la force musculaire des membres inférieurs, dans diverses affections, comme l'atrophie musculaire, les paralysies, etc.

Le procédé ordinaire consiste à faire étendre au malade successivement chaque jambe, pendant que le médecin s'oppose à cette extension, et apprécie ainsi la force déployée par le malade. Dana, de New-York, a imaginé une chaîne destinée à mesurer cette force; Boidsaal, de New-York, aussi a recommandé son pédomètre.

De nos jours, les nouveaux appareils doivent être simples, exacts et bon marché; l'auteur croit avoir résolu le problème et décrit ainsi son appareil. Il se compose d'une courroie large et solide, rembourrée à sa partie interne, dont l'extrémité supérieure est fixée à une ceinture abdominale, et d'une bretelle destinée à assurer la fixité de l'appareil. L'extrémité inférieure de la courroie se termine par un étrier également rembourré. Dans la longueur de la courroie est intercalé un dynamomètre.

Le malade revêt l'appareil, pose le pied dans l'étrier, et s'efforce d'étendre la jambe de toute sa force qui ainsi est inscrite en kilogrammes ou en livres par le dynamomètre. On peut s'en servir, le malade étant couché ou debout. La cuisse et la jambe doivent être dans une extension telle, que la cuisse forme avec le corps un angle d'environ 135 degrés, et le genou un angle de 90 degrés.

Pour mesurer la force d'extension du pied (muscles du mollet) on met la jambe dans l'extension, le pied fortement fléchi; l'étrier est glissé sous le pied (par un allongement de la courroie) et le pied est fortement étendu.

XII. — *Coloration osmio-ferro hématoxylique*; par le Dr Kaiser (numéro de juin). — L'auteur recommande le procédé suivant:

On fait tremper pendant deux ou trois jours la préparation dans le liquide de Müller, et on en fait des coupes de 1 ou 2 millimètres d'épaisseur qu'on replonge dans le liquide de Müller, durant cinq ou six jours. On les laisse ensuite huit jours dans le liquide de Marchi (liquide de Müller, deux parties acide osmique à 1 p. 100 1 partie). On lave, on laisse solidifier dans l'alcool et on plonge dans la celloïdine.

Pour la coloration de ces coupes on procède ainsi: on les plonge environ cinq minutes dans la préparation suivante:

sesquichlorate de fer liquide une partie, eau distillée une partie, alcool rectifié trois parties. Puis on les trempe dans la solution d'hématoxyline de Weigert, et on les chauffe légèrement pendant quelques minutes seulement, dans une petite quantité de cette même solution. Finalement on lave à grande eau et on les traite par la méthode de Pal. On se trouve bien de neutraliser l'acide oxalique en lavant les coupes dans de l'eau ammoniacale froide qui rend la coloration plus nette.

Les filets nerveux sont par ce procédé colorés en brun foncé, le pigment et le noyau des cellules ganglionnaires sont noirs.

XIII. — *Contribution à l'étude de la paralysie spinale syphilitique d'Erb* ; par le professeur P. Kolakewsky (numéro de juin). — En 1892 parut le premier travail d'Erb sur cette question ; il conclut que c'est une maladie *sui generis* qui souvent se développe chez les syphilitiques, et qui peut guérir par une médication convenable.

En même temps, Muchin, professeur à l'université de Char-kow, publie une étude sur la même question. Charcot avait déjà étudié cette affection qu'il avait désignée sous le nom de myélite transverse syphilitique. Enfin, Marie s'est aussi occupé de cette question.

L'auteur résume l'aspect clinique que présente cette maladie : elle a une marche lente et continue, et se distingue par des caractères franchement spasmodiques, appréciables par la marche et l'attitude du malade. Les muscles des membres inférieurs sont rigides, les réflexes rotulien et plantaire sont exagérés. Les troubles du côté de la vessie sont ordinairement les premiers symptômes de la maladie, et souvent ils se compliquent de troubles du côté du rectum et des organes sexuels. En même temps le sujet accuse des douleurs temporaires vagues, une faible anesthésie cutanée, une fatigue rapide, de la faiblesse et de l'incertitude dans la marche pouvant aller jusqu'à la paralysie.

Toute cette série de symptômes peut se compliquer d'autres plus rares. Troubles de la vue, inégalité pupillaire (Muchin), troubles spinaux, etc.

Erb et Muchin sont d'accord pour reconnaître que l'origine de l'affection se trouve dans des lésions de la moelle localisées dans la partie postérieure des cordons latéraux, dans les cordons postérieurs et la partie postérieure de la substance grise.

Comme étiologie, Erb incrimine la syphilis. Muchin croit

que d'autres lésions de la moelle peuvent aussi la produire. Elle apparaît ordinairement comme le tabes, entre trente et quarante-cinq ans, et est plus fréquente chez l'homme que chez la femme. Erb croit la paralysie spinale syphilitique assez rare; il ne l'aurait trouvée que 30 - 35 fois sur 400 tabétiques; Muehlin prétend qu'elle est beaucoup plus fréquente.

L'auteur fait ensuite le diagnostic différentiel avec d'autres affections médullaires, et tout d'abord avec la sclérose latérale, distinction assez délicate, et qui repose sur des différences quantitatives et qualitatives entre des symptômes presque tous communs aux deux maladies: la marche saccadée manque souvent dans la sclérose latérale, et, quand elle existe, elle est moins prononcée que dans la paralysie spinale syphilitique. La rigidité musculaire et l'exagération des réflexes sont plus prononcées dans la sclérose latérale; par contre, les troubles vésicaux et rectaux manquent souvent dans cette dernière affection, tandis que dans la paralysie spinale syphilitique, ce sont souvent les premiers symptômes qui attirent l'attention du malade et ils durent pendant toute l'affection.

Avec la myélite transverse le diagnostic différentiel n'est pas moins délicat; cependant, malgré des symptômes communs, dans la myélite transverse la paraplégie et les troubles de la motilité seraient, d'après Erb, plus prononcés; il en serait de même pour les troubles de la sensibilité et la rigidité musculaire.

L'auteur s'est beaucoup occupé de la paralysie spinale syphilitique; en 1892, il a traité 152 syphilitiques atteints de troubles du système nerveux central, parmi eux il y avait 38 tabétiques et 21 atteints de paralysie spinale syphilitique. Il rapporte les résultats de son expérience: tous étaient des hommes, âgés de 30 à 45 ans.

Tous présentaient des troubles du côté du rectum et de la vessie, consistant plutôt en rétention qu'en incontinence de l'urine et des matières fécales. Chez tous il a constaté de l'exagération des réflexes, et il appelle l'attention sur ce fait, qu'il a trouvé chez un paralytique spinal syphilitique une exagération très-marquée du réflexe thermique des membres inférieurs, symptôme qu'il n'a trouvé dans aucune lésion de la moelle, aussi prononcé et aussi intense.

D'après l'auteur, un moyen de diagnostic précieux entre la paralysie spinale syphilitique et le tabes dorsalis serait la réaction à la douleur. Celle-ci serait 9-10 fois au-dessus de la nor-

male dans le tabes et au contraire, peu différente ou inférieure, à la normale dans la paralysie spinale syphilitique. Pour appuyer son dire, il rapporte trois observations détaillées de M. Krainsky qui les a recueillies dans son service; une des observations concerne un cas de paralysie spinale syphilitique, l'autre, un cas de tabes dorsalis, pour la troisième enfin, ces deux affections sont réunies chez le même sujet.

Kolakewsky termine sa communication par les conclusions suivantes :

1° La paralysie spinale syphilitique est une maladie fréquente, mais elle est plus rare que le tabes ;

2° Cette affection paraît entre 30 et 45 ans ;

3° Elle est plus fréquente chez l'homme que chez la femme ;

4° Les troubles du côté de la vessie et du rectum ont un caractère spasmodique ;

5° Le réflexe thermique dans les membres inférieurs est exagéré dans cette affection ;

6° La réaction psychophysique de la douleur et du sens tactile reste intacte, ou peu altérée, dans la paralysie spinale syphilitique, tandis que dans le tabès cette double réaction est fortement altérée.

XIV. — *Déformation de la voûte palatine (torus palatinus)*. Nouveau signe de dégénérescence; par le Dr Nücke, de Hubertsburg (numéro de juin). — Après le travail de Stieda, l'auteur publie le résultat de ses recherches sur les déformations de la voûte palatine, faites sur 1,449 personnes dont 1,179 femmes (aliénées et normales) et 270 hommes (aliénés et normaux). Parmi les femmes aliénées se trouvaient 75 épileptiques, 925 idiots et 61 criminelles.

On entend par *torus palatinus* la saillie de la voûte palatine appréciable, presque toujours, déjà sur le vivant.

L'auteur divise les voûtes en : voûtes en forme de quille de vaisseau, voûtes étroites, voûtes fortement proéminentes, voûtes larges et voûtes irrégulières. Toutes ces formes peuvent se réduire à deux : les étroites et les larges ; comme limite entre ces deux dernières, il prend 10 millimètres.

La muqueuse est ordinairement blanchâtre, inégale, souvent sillonnée de vaisseaux, et habituellement le sillon est peu profond. Le *torus* s'est rencontré 22 fois p. 100, et est ordinairement plus prononcé chez les femmes que chez les hommes ; il va en augmentant des sujets normaux aux aliénés et aux criminels, parallèlement aux autres signes de dégénérescence ; il

convient donc de ranger le *torus* dans les signes de dégénérescence.

Le *torus* étroit est presque toujours plus prononcé que le large et relativement plus fréquent chez l'homme que chez la femme. Chez les normaux c'est le contraire. Le plus fréquent est le *torus* irrégulier, réniforme.

La fréquence du *torus* est surtout remarquable dans les faces larges, mongoloïdes avec palais large.

Chez l'embryon, il existe déjà, et l'auteur l'a trouvé chez des enfants. Il n'est pas prouvé qu'il apparaisse de préférence à cet âge ni qu'il disparaisse plus tard. Il ne semble pas en relation avec la syphilis.

Ce signe de dégénérescence n'a pas plus de valeur que les autres, c'est-à-dire, qu'isolé il n'a aucune importance.

XV. — *Absence de la sensation de fatigue chez un tabétique*; par le D^r Frenkel (numéro de juillet). — Un tabétique de trente-huit ans présente de l'ataxie générale des membres, mais elle est moins marquée pour les membres supérieurs. La sensibilité diminuée des deux côtés aux membres inférieurs, à peine amoindrie au bas-ventre, est, au contraire, exagérée à la région sous-ombilicale, tandis qu'au-dessus de l'ombilic, elle est de nouveau diminuée, surtout à gauche. Il en est de même aux membres supérieurs.

Pour ces derniers, l'auteur signale un symptôme nouveau, c'est l'absence de sensation de fatigue. Les bras peuvent être tenus étendus horizontalement pendant vingt-cinq minutes sans aucune fatigue, le malade se déclare prêt à prolonger l'expérience. Or, un homme en parfaite santé peut subir, au prix d'une fatigue énorme, cette même expérience, pendant six à sept minutes au plus. La station debout amenant des symptômes gênants du côté de la vessie et du rectum, l'expérience n'a pu être faite pour les membres inférieurs.

On serait tenté, dit l'auteur, d'attribuer l'absence de la sensation de fatigue à un trouble de la sensibilité; mais il n'en est rien, attendu que, chez un autre malade, dont l'anesthésie et la disparition du sens musculaire étaient à peu près complètes dans les membres supérieurs, la faculté d'étendre les bras sans en être fatigué n'existait pas. Etant donné que les contractions musculaires produisent, après une certaine durée, des phénomènes douloureux, l'auteur estime que, chez son malade, cette sensibilité spéciale à la douleur était abolie, et il présume qu'il y a une localisation anatomique correspondant à cette sensibilité.

L'observation prouve, en outre, que la plus grande douleur éprouvée à la suite de fatigue, ne donne pas la limite de la puissance physiologique de contraction du muscle, mais qu'elle avertit seulement du danger de l'épuisement total. L'exercice peut reculer la limite en question, c'est ce qui arrive chez les cavaliers, les ascensionnistes, etc. Peut-être aussi la faculté qu'ont certains aliénés de rester longtemps dans une attitude gênée, est-elle le résultat d'une diminution de cette sensibilité spéciale de la douleur dans le système musculaire.

XVI. — *Hémichorée sénile*; par le D^r Remaek (numéro d'août). — Une femme de soixante ans éprouve des contractions rythmiques du bras et de la jambe du côté droit. Ces contractions cessent pendant le sommeil et pendant les mouvements volontaires. Pas de symptômes de lésion cérébrale, pas d'affaiblissement intellectuel. Il y a quatre ans, il y avait eu des douleurs dans les membres en question. Aujourd'hui, les contractions qui s'y manifestent présentent des caractères particuliers pour chacun d'eux. Dans la jambe, ce sont des mouvements variés, se produisant jusqu'à quarante fois à la minute et s'étendant aux orteils, sans toutefois avoir le caractère grotesque des mouvements de l'athétose et sans être absolument cadencés; la lenteur, aussi bien de leur évolution que de leur succession, les distingue des mouvements de la paralysie agitante. Variables comme intensité, ils s'étendent à la cuisse, quand ils augmentent, ne cessent jamais complètement pendant le repos, mais s'arrêtent pendant les mouvements volontaires. Pas de paralysie, ni de troubles de la sensibilité, réflexes du genou égaux des deux côtés, pas d'ovariologie. Le nerf sciatique est plus sensible au point d'émergence.

Au contraire de ce qui se passe pour le membre inférieur, les contractions du membre supérieur ne s'étendent pas à la périphérie du membre, et sont marquées surtout dans les muscles des régions scapulaire et pectorale. Elles se reproduisent aussi quarante fois à la minute sans être isochrones avec celles de la jambe. Il s'agit donc ici également de mouvements combinés choréiformes, et non de contractions cloniques de muscles isolés. Le plexus sous-clavier est plus sensible à la pression.

L'auteur rejette l'idée d'une paralysie agitante, en raison de l'invasion simultanée du membre supérieur et du membre inférieur. Il n'admet pas davantage une hémichorée préhémiplegique, vu l'absence de lésion cérébrale après un an de durée. Dans ce cas, du reste, comme l'a indiqué Chareot pour les cho-

rées posthémiplegiques, les mouvements choréiques devraient augmenter pendant les mouvements volontaires.

Si donc ce cas appartient à la classe des névroses, le tic convulsif, la myoclonie, la chorea eléctrica, l'hémiathétose doivent être rejetés comme la paralysie agitante. Il s'agit d'une forme d'hémichorée sénile, caractérisée par la cessation des contractions pendant les mouvements volontaires.

Cette particularité a déjà été signalée par l'auteur pour la chorée héréditaire, et aussi par Charcot, Huet et Jolly, dans dans des cas de chorée progressive même non héréditaire, et a été imputée, dans ce cas, à la chronicité de l'évolution. Mais ici, il ne s'agit pas d'un cas de chorée progressive, l'absence de troubles intellectuels et de mouvements des muscles de la face protestant contre cette hypothèse. La chorée hystérique des auteurs français doit également être écartée, en l'absence d'accidents hystériques antérieurs, et aussi à cause de l'absence de paroxysmes, et eu égard à l'évolution régulière de l'affection. Il faut donc, d'après l'auteur, admettre l'existence de l'hémichorée sénile, justiciable du traitement arsenical. L'absence de troubles intellectuels est un signe rassurant.

XVII. — *La suspension dans quelques affections de la moelle*; par le Dr Bechterew (numéro de septembre). — Se basant sur des observations personnelles, et aussi sur les résultats obtenus par Worotynsky, Reformatsky et Meyer, l'auteur estime que la méthode de la suspension au moyen de l'appareil de Sprimon, donne d'heureux succès dans le tabes, et aussi dans d'autres affections médullaires, surtout dans les cas de compression de la moelle, dans quelques cas de myélite transversale, et aussi dans certains cas de syphilis médullaire ancienne. Dans les derniers cas même, les résultats étaient obtenus plus rapidement que dans le tabes, et, en quelques jours, on arrivait à une amélioration vainement recherchée par des mois ou des années de traitement médical. Dans les cas de compression médullaire, la suspension combat directement les causes des symptômes morbides, il faut dire que la guérison complète est soumise à la curabilité de l'affection de la colonne vertébrale, la suspension restant un adjuvant précieux.

Dans les cas de syphilis ancienne et de myélite transversale, l'amélioration a été caractérisée par le rétablissement de la marche, l'augmentation des forces dans les membres inférieurs, la disparition des paresthésies et des troubles du côté de la vessie et du rectum, ainsi que par la cessation des phénomènes

douloureux et de l'irritabilité réflexe. Le succès s'est maintenu souvent des mois sans tendance aux rechutes.

Les dérivatifs, surtout les pointes de feu le long de la colonne vertébrale, sont un adjuvant précieux. Les troubles visuels, même avec atrophie du nerf optique, ont souvent été heureusement influencés par la suspension. Celle-ci est contre-indiquée et nuisible dans les cas d'hyperesthésie de la région dorsale.

Les procédés primitifs de suspension sont dangereux, et l'on doit avoir recours à l'appareil de Sprimon. La saugle passant sous les creux axillaires comprime les nerfs et les vaisseaux et doit être rejetée. On donnera le point d'appui sur les coudes; mais, employé seul, ce procédé ne peut servir aux personnes trop faibles pour soutenir longtemps le poids de leur corps; l'on y adjoindra donc la bride, avec point d'appui sous le menton et l'occiput: ainsi soutenu, le malade peut, s'il se sent gêné à la tête, se soulager en s'appuyant un instant uniquement sur ses coudes. Dans aucun cas, la suspension avec points d'appui à la tête seulement, ne doit être permise au malade opérant seul. L'auteur donne un dessin de l'appareil de Sprimon, qui, très simplement établi, peut être construit dans n'importe quel atelier.

XVIII. — *De l'abus de la théorie des localisations en psychiatrie et en anthropologie*; par le D^r Naecke (numéro d'octobre). — La phrénologie, ou doctrine qui divise le moi un et indivisible en facultés distinctes qu'elle localise en des endroits déterminés du cerveau, ou en des régions crâniennes qui leur correspondent extérieurement, est née bien avant Gall et Spurzheim, et, quoique son règne semble fini, on retrouve encore aujourd'hui la trace de son influence.

Après avoir constaté qu'à la tendance de décentralisation à outrance de la phrénologie, a succédé, par une réaction forcée, le rejet de toute localisation, l'auteur signale le moyen terme auquel on s'est ensuite arrêté en localisant, non plus des fonctions psychiques complexes, mais seulement des fonctions plus grossières comme la vue, l'ouïe. On établit de même la localisation de centres moteurs. Mais déjà l'existence de ces derniers est combattue par Goltz, Meynert, Munck, Benedickt, etc.

Bornant là ces considérations générales, l'auteur recherche, si encore aujourd'hui on retrouve dans la psychiatrie et l'anthropologie des influences directes ou indirectes de la phrénologie. Il constate avec plaisir qu'on ne trouve pas, dans la *littérature allemande actuelle*, de traces sensibles de la doctrine phrénologique. Il est vrai que Jessen, en 1869, a localisé dans le cer-

velet, les facultés affectives, et divisé la vie psychique en trois parties ayant chacune sa localisation spéciale. D'autre part, Benedickt a subdivisé la surface crânienne en segments de sphère multiples, et a cru pouvoir assigner aux parties cérébrales sous-jacentes tel ou tel centre psycho-moteur ; mais les travaux d'anatomie pathologique et d'anatomie comparée de Munck et de Meynert ont fait justice de ces erreurs, ainsi que de celles de Schüle et de Krafft-Ebing, relativement à d'autres centres :

L'auteur passe rapidement sur les doctrines de Ferricr, de Taylor, de Lombroso, de Mantegazza, Lussana, Colella, parce que, dit-il, les Anglais, les Russes et les Italiens suivant directement ou indirectement le mouvement scientifique de l'Allemagne, il n'y a pas grande matière à critique dans leur littérature. Il n'en est pas de même pour les Français. Auguste Comte, imprégné des doctrines de Gall, a eu, d'après l'auteur, une influence néfaste sur l'école de Paris, avec Charcot, Magnan, Dubuisson, Gilles de la Tourette, Féré, etc., et aussi sur l'école de Lyon, principalement sur Lacassagne. C'est ainsi que Féré et Dubuisson parlent de centres moraux, esthétiques, artistiques (avec siège dans la région frontale), et de centres génitaux dans la région occipitale. Lacassagne divise le genre humain en frontaux, pariétaux et occipitaux, ou encore, en instinctifs, intellectuels et actifs. Il admet trois catégories de criminels répondant à cette division, et l'auteur s'étonne que Laurent ait pu déclarer, que cette classification est « sans contredit la plus scientifique, la plus rationnelle de toutes celles qui ont été proposées ».

Les théories de Bordier, de Manouvrier et d'autres, sont aussi fortement critiquées par l'auteur. Il admet bien que pour l'examen des changements constatés dans le développement de telle ou telle partie de la tête, les mensurations sont justes ; mais il conteste la valeur des conclusions, au point de vue spécial de l'anthropologie criminelle. Il signale également, comme entachées de « phrénologisme », la division, par Magnan, des dégénérés, en spinaux, cérébraux postérieurs et cérébraux antérieurs. La division des pervers sexuels en spinaux, spinaux cérébraux postérieurs, spinaux cérébraux antérieurs, et cérébraux antérieurs ou psychiques, lui paraît également condamnable. Il résulte de tout cela, qu'en France, on localise l'intelligence dans la région frontale. Enfin, l'auteur dit qu'après tant d'erreurs accumulées, on se sent soulagé en entendant un

homme comme Baillarger, dire: « Le degré de développement de l'intelligence, loin d'être en raison directe de l'étendue des surfaces cérébrales, serait plutôt en raison inverse. Je crois devoir rappeler que cela ne prouve point que le développement de l'intelligence ne soit pas en raison directe du nombre et de l'étendue des circonvolutions. Si l'on y réfléchit bien, on verra que ces deux propositions n'ont rien de contradictoire. »

Une autre joie a été réservée à l'auteur : c'est d'apprendre par une lettre du D^r Morel, de Gaud, qu'il n'y a, en Belgique, aucun partisan des spinaux et des cérébraux. L'influence néfaste de traditions philosophiques, et la manie de tout schématiser, et de donner à tout un substratum anatomique, plutôt que d'avouer son ignorance, ont, d'après l'auteur, entraîné les Français dans l'orbite d'une phrénologie surannée qui n'a plus qu'à dormir en paix, avec la conscience d'avoir indirectement provoqué des recherches nouvelles sur les fonctions psychiques.

XIX. — *Un symptôme qui accompagne souvent l'incontinence nocturne d'urine chez les enfants*; par le D^r Freud (numéro de novembre). — Dans un hôpital d'enfants, l'auteur a observé, chez près de la moitié des malades atteints d'incontinence nocturne d'urine, une hypertonie des muscles des extrémités inférieures. Ce symptôme se constate, quand on saisit les jambes de l'enfant assis sur une table, et qu'on s'efforce de les écarter. On rencontre alors une résistance inattendue, et, si on lâche les jambes, elles se rapprochent avec violence, de manière à provoquer le choc des talons l'un contre l'autre. La même résistance s'observe quand on tente de fléchir les jambes sur les cuisses. L'auteur estime que ce symptôme est de nature à éclairer l'interprétation à donner à certaines incontinenances d'urine, qui seraient dues à une hypertonie des fibres musculaires de la vessie (*m. detrusor urinæ*), hypertonie qui résulterait d'une hyperinnervation de ce muscle, analogue à celle qu'on constate dans les muscles des extrémités inférieures.

XX. — *Sensations subjectives d'ordre visuel et auditif. — Auto-observation*; par le D^r Fuchs (numéro de novembre). — Il y a des années déjà, l'auteur, sur le point de s'endormir, eut la sensation d'un bruit d'une certaine durée dans l'oreille gauche. Ce phénomène se reproduisit une douzaine de fois dans la soirée, et n'a pas cessé de se renouveler depuis, une ou plusieurs fois par semaine. La sensation auditive s'accompagne de phénomènes visuels : illumination ou obscurcissement du champ visuel. Le bruit perçu est analogue à celui qu'on entend en

serrant la mâchoire inférieure contre le maxillaire supérieur, mouvement qui s'accompagne d'une contraction réflexe du muscle tensor tympani. C'est par ce même mécanisme que l'auteur explique ses sensations. Le point de départ en est donc dans l'irritation d'un centre moteur, qui, suivant le trijumeau, est transmise au tensor tympani, d'où contraction du tympan et excitation des terminaisons du nerf auditif étendu sur la membrane basilaire. Ensuite, partant soit du centre sensoriel, soit du centre moteur, l'irritation gagne le centre visuel, d'où les phénomènes visuels mentionnés plus haut. Dans l'état intermédiaire entre la veille et le sommeil ces phénomènes peuvent être provoqués volontairement par le mouvement des mâchoires. D'autre part quand l'auteur est saisi par un bruit subit, la contraction du tensor tympani se produit par voie réflexe, et les sensations subjectives de l'ouïe et de la vue se produisent. La contraction du tympan, qui est la condition nécessaire pour la production des phénomènes subjectifs que ressent l'auteur, se produit donc de trois façons : 1° spontanément, par une irritation dont le mécanisme est inconnu, du centre moteur du nerf du tympan ; 2° par la contraction volontaire de la mâchoire inférieure et l'extension de l'excitation au centre moteur en question, et, 3° d'une manière réflexe, à la suite d'excitation du nerf auditif par un bruit extérieur. L'auteur dit que, préoccupé d'abord par ces phénomènes, il y est devenu indifférent, et qu'enfin il prend plaisir à les observer et à les analyser, tant il est vrai que ce ne sont pas les choses qui troublent l'homme, mais l'interprétation qu'il leur donne.

XXI. — *De l'infiltration du nerf optique* ; par le D^r Adamkiewicz (numéro de décembre). — L'auteur rappelle que, dans ses travaux antérieurs, il a démontré que des foyers intracrâniens ne provoquent pas la compression cérébrale, ni sa conséquence, l'anémie du cerveau. Il s'est rendu compte que l'augmentation de la pression dans la cavité crânienne ne peut se produire, attendu que la moindre quantité de liquide introduite artificiellement dans cette cavité, est immédiatement résorbée par les veines et déversée dans le cœur droit. Et cependant, on considère l'infiltration du nerf optique, comme résultant de l'augmentation de la pression intracrânienne consécutive à une tumeur cérébrale. Or, c'est là une erreur, comme on peut s'en rendre compte expérimentalement. En effet, l'introduction d'un corps étranger dans la cavité crânienne ne produit aucun changement dans la circulation du fond de l'œil. Il en est de

même quand on introduit dans cette cavité des laminaria, qui augmentent progressivement de volume. Si on injecte un liquide coloré dans la cavité crânienne, les veines de la choroïde s'en remplissent jusqu'au niveau de la papille du nerf optique, mais les veines centrales de la rétine ne participent pas à cette infiltration artificielle. L'infiltration de la papille ne peut pas davantage être obtenue par une encéphalite expérimentale, à la suite de l'ablation de différentes parties cérébrales, dans le but d'étudier leur influence trophique sur le nerf optique.

Par contre, on observe quelquefois l'inflammation de tout le globe oculaire, à la suite de la compression de l'hémisphère opposé. C'est là un phénomène neuroparalytique. Il résulte donc des expériences faites que l'explication de l'infiltration de la papille optique par des causes mécaniques est inadmissible.

D^r A. ADAM.

BIBLIOGRAPHIE

I Fenomeni di contrasto in psicologia ; par le D^r Sante de Sanctis. — In-8°. Roma, Unione cooper. éditr., 1895.

Tout le monde convient que la représentation d'une idée ou d'un sentiment est capable de produire une idée ou un sentiment contraire et opposé. Après Aristote, c'est le psychologue Alexandre Bain qui a le mieux mis en lumière l'importance du contraste ou du principe de contrariété à côté des deux autres principes de l'association des idées, la ressemblance et la contiguïté. Bain affirme que le contraste, en tant qu'il implique la relativité et la discrimination, dérive d'une loi primordiale de l'intelligence, tout ce que nous connaissons étant en rapport avec le contraire ou la négation de cette chose (lumière et ténèbres, chaleur et froid, etc.) ; il estime pourtant que l'association par contraste est réductible aux deux autres formes d'association. En France, M. Paulhan définit ainsi la loi du contraste : Un état psychique tend à être accompagné (contraste simultané) ou suivi (contraste successif) par un état qui lui est opposé et qui est, au moins à certains égards, son contraire. Sante de Sanctis s'est proposé de montrer, et il nous semble y avoir fort bien réussi, que « la présentation d'une idée développe l'idée antagoniste, mais que celle-ci prend une énergie si insolite qu'elle annihile l'idée corrélatrice et domine la conscience. »

C'est ainsi que comprennent le contraste psychique la plupart des aliénistes : c'est pour eux la victoire d'un état de conscience de nature antagoniste sur celui qui l'a provoqué et qui se trouvait en rapport avec l'état d'esprit actuel du sujet.

Le contraste optique, simultané ou successif, peut, de tous points, nous rendre intelligible le contraste psychologique qui, quoique également simultané ou successif en apparence, est toujours successif en réalité. On peut réduire à deux les conditions psychologiques nécessaires à la production du contraste : 1° la convergence intense et prolongée de l'attention volontaire sur un objet donné, une excitation donnée, une sensation donnée : cette condition précède en tout cas le phénomène du contraste ; 2° la perte, permanente ou transitoire, partielle ou

générale, de cohésion entre les éléments constituant la personnalité, cet agrégat, et par conséquent le défaut de synthèse, d'unité, de force de volonté ou de puissance d'inhibition, telles que l'émotion ou la fatigue, le réalisent souvent : cette condition accompagne en tout cas le phénomène de contraste ; elle en constitue le substratum véritable. Dans le contraste optique successif, on interprète les images négatives consécutives comme le résultat d'un phénomène de fatigue (théorie de Young-Helmholtz) ou de désassimilation et d'assimilation (théorie de Hering), un épuisement succédant à une stimulation excessive. Il en serait de même pour le contraste psychique. En d'autres termes, tout épuisement du système nerveux peut provoquer un phénomène émotionnel, intellectuel ou volitionnel, contraire ou antagoniste à la nature de celui qui occupe la conscience actuelle. Cela signifie encore que, dans cet état, les associations par contraste l'emportent et s'imposent. L'attention surmenée, au lieu de renforcer l'état de conscience auquel elle s'applique, l'inhibe ou la supprime. « L'anesthésie hystérique est une distraction, » disait Lasègue. L'auteur serait tenté de renverser cette proposition qui, en bien des rencontres, ne serait pas moins vraie dans ces termes : L'anesthésie hystérique résulte d'une attention trop intense du malade sur telle anesthésie ou paralysie psychique.

J. SOURY.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— Accommodation in the lensless eye. — To what is it due? (Accommodation de l'œil sans cristallin. — Quelle en est la cause?); par le Dr Edward Davis. 16 pages in-8°. Extrait des *Manhattan Eye and Ear Hospital Reports*. Janvier 1895.

— Psicosi tossiche e pazzia alcoolica (Psychoses toxiques et folie alcoolique); par le professeur Enrico Morselli, 16 pages in-4°. Extrait de la traduction italienne du *Traité de médecine*, de Charcot et Bouchard, t. VI, s. d.

— Les impulsions irrésistibles des épileptiques. Clinique et médecine légale; par le Dr Victor Parant. 1 vol. in-8° de 175 pages. Paris. Octave Doin, 1896.

— L'azione fisiologica e terapeutica della josciamina. Ricerche (Recherches sur l'action physiologique et thérapeutique de l'hyosciamine); par le Dr Giovanni Dotto, du manicomio de Palerme. 23 pages in-8. Palerme, 1895.

ASSOCIATION MUTUELLE

DES

MÉDECINS ALIÉNISTES DE FRANCE

Assemblée générale du lundi 27 avril 1896

Présidence de M. SEMELAIGNE père.

L'assemblée s'est tenue, rue de l'Abbaye, 3, à trois heures.
M. le Président donne la parole à M. Bouchereau pour la lecture du rapport annuel.

MESSIEURS,

Dans nos réunions annuelles, il me semble juste d'évoquer devant vous de temps à autre le souvenir respecté de Baillarger : beaucoup de nos jeunes confrères ignorent que ce maître regretté fut le fondateur et le bienfaiteur de notre Association ; quelques-uns ont connu son enseignement ; beaucoup ont lu ses écrits si instructifs ; longtemps encore, son influence puissante se fera sentir sur le développement de la science mentale. On sait moins qu'il intervint souvent en faveur des médecins aliénistes malheureux : il les a généreusement aidés durant sa vie ; c'est sa pensée bienfaisante qui nous inspire et nous guide au moment présent ; l'œuvre que Baillarger nous a léguée, nous la transmettrons avec confiance aux plus jeunes d'entre vous, certains qu'ils se feront un devoir de la continuer et de la développer.

Nous avons perdu durant l'année écoulée un sociétaire, M. Rouillard.

Rouillard a été enlevé à peine âgé de trente-huit ans, sans avoir pu donner, comme beaucoup de médecins, la mesure de toutes ses facultés. Ses débuts avaient été difficiles ; fils d'un sous-intendant militaire, il avait dû donner aux autres des leçons littéraires pour suffire à ses besoins personnels et payer les frais de ses études médicales ; c'est ainsi que beaucoup d'hommes entrent dans une profession considérée comme libérale ; il est bon d'indiquer aux jeunes gens qui débutent sans fortune ou avec des ressources médiocres, combien il faut de travail, d'énergie avant d'arriver. Combien

d'hommes tombent épuisés, frappés dans leur existence le jour où ils croient avoir atteint le but : tel fut le sort de Rouillard.

Son père lui avait transmis son amour de la Patrie française, son dévouement envers l'armée; sa mère, un cœur généreux, une nature vive : de tous deux, il tenait un esprit très ouvert. Après avoir été interne à la maison de Saint-Lazare, il fut reçu docteur en médecine, chef de clinique des maladies mentales, médecin-adjoint de l'asile de Villejuif; il a publié des écrits qui ont attiré l'attention : un Essai sur les amnésies, Étiologie des troubles de la parole; un Mémoire sur les aphasies, sur les pseudo-paralysies générales, sur les accidents et troubles de la ménopause; il a donné des leçons pour suppléer le professeur Ball dans son enseignement. Rouillard se plaisait à montrer sans compter qu'il voulait embrasser les sujets les plus divers : ses forces se sont épuisées rapidement, ses amis ont témoigné, en termes éloquents, combien ils ont senti l'amertume de sa perte; nous joignons nos regrets aux leurs.

Dix sociétaires nouveaux ont été admis; ce sont : MM. les D^{rs} Chareton, Charron, Berbez, Chocreaux, Charuel, Jules Sizaret, Viallon, Trenel, Dubourdieu.

Nous les remercions très sincèrement du concours qu'ils nous apportent, et nous comptons sur eux pour recueillir de nouveaux adhérents.

Notre Association compte :

Comme membres fondateurs.	70
Comme sociétaires	75
Total.	145

Trente asiles nous accordent les subventions suivantes :

Asile d'Aix	50 fr.
— d'Armentières.	100
— d'Auch	100
— d'Auxerre	100
— de Bailleul.	100
— de Blois.	100
— de Bassens.	100
— de Bordeaux.	25
— de Bron	100
— de Châlons.	100
— de Clermont (Oise).	100
— de Dijon.	100
— de Dôle	100
— de Dury-les-Amiens	100
Établissement Sainte-Marie	50
Asile d'Evreux.	100

Asile de Laroche-Gandon	100 fr.
— de Maréville	100
— de Montdevergues	100
— de Pau	100
— de Prémontré	100
— de Quatre-Mares	100
— de Quimper	100
— de Rennes	100
— de Saint-Dizier	100
— de Saint-Lizier	100
— de Saint-Yon	100
— de Saint-Venant	100
— de Toulouse	100
— de Vannes	100

Un certain nombre d'asiles ne figurent pas au nombre des asiles souscripteurs; nos confrères, placés à la tête de ces établissements, doivent tenter un effort au moment de la réunion des Conseils généraux en août prochain, afin d'obtenir une allocation; une demande repoussée une année peut réussir l'année suivante.

La situation financière de notre Association se présente dans les conditions suivantes :

Les recettes de l'année 1895, jointes au reliquat de l'année 1894, se sont élevées au 31 décembre 1895, à la somme de. 15,877 04

ainsi décomposées :

En caisse au 31 décembre 1894.	4,056 20
Cotisations.	2,925 »
Souscriptions d'asiles.	2,678 60
Souscription du ministère de l'intérieur. . . .	1,500 »
Intérêts des capitaux	4,181 70
Intérêts du dépôt du Crédit foncier	5 62
Frais de recouvrements remboursés	84 92

Total 15,877 04

Les dépenses ont atteint, en 1895, le chiffre de. 10,288 55 réparties ainsi :

Secours à huit veuves de sociétaires ou fondateurs	4,850 »
Secours à deux femmes sociétaires malades . .	1,100 »
Secours à trois sociétaires malades ou en retraite.	1,350 »
A la fille d'un fondateur décédé	600 »

A reporter. 7,900 »

	<i>Report.</i> . . .	7,900 »
Secours à deux veuves d'anciens internes d'asiles		500 »
Achat de 50 fr. de rente 3 p. 100		1,716 10
Au Crédit Foncier, droit de garde, commission. renouvellement de titres.		25 65
Frais d'impression, recouvrements, timbres et envois de secours		96 80
Total des dépenses		<u>10,238 55</u>

De l'examen de ces chiffres, il ressort :

1° Qu'il restait au 31 décembre 1895, une somme de 5,139 49
déposée au Crédit Foncier pour assurer la distribution des secours de janvier, avant la rentrée des cotisations et des intérêts ;

2° Que les secours distribués jusqu'à ce jour pour l'Association s'élèvent à 171,640 »

3° Que le capital placé suivant les statuts et augmenté des dons et legs reçus représente. . . 134,211 »

Le capital comprend :

1,217 fr. de rente 3 1/2 p. 100.

2,365 fr. de rente 3 p. 100.

Produit de 43 obligations de chemins de fer du Midi, 625 fr. 50.

Les prévisions budgétaires pour 1893 sont les suivantes :

En caisse au 31 décembre 1895.	5,138 49
Cotisations.	2,925 »
Subventions ministérielles.	1,000 »
Souscriptions d'asiles.	2,670 »
Intérêts des capitaux.	4,200 »
Total.	<u>15,933 49</u>

Sur cette somme, conformément à l'article 16 des statuts, on peut disposer d'environ 12,500 »

Dans sa dernière séance, le Conseil a décidé d'allouer les sommes suivantes :

A deux sociétaires en retraite.	450 »
A deux femmes de sociétaires malades	550 »
A dix veuves de fondateurs ou sociétaires. . .	2,500 »
A la fille d'un sociétaire décédé.	300 »
Total.	<u>3,800 »</u>

Il reste donc un solde disponible de 8,700 »
 sur lequel on vous propose d'accorder un secours de 500 »
 à répartir entre deux veuves d'anciens internes
 d'asile.

Ces différentes sommes distribuées laisseraient
 disponibles 8,200 »

Sur lesquels il y aurait à prélever, suivant pré-
 visions, pour le 2^e semestre, environ. 4,000 »

Il resterait en fin de compte une somme de 4,200 »
 pour parer aux éventualités nouvelles et assurer
 la distribution des secours prévus pour le mois de
 janvier 1897.

Les chiffres ci-dessus énumérés et les conclusions qui en
 découlent, montrent avec quelle sollicitude votre Conseil s'occupe
 de secourir, dans la mesure du possible, nos confrères malheu-
 reux, d'assister des veuves, des enfants. Notre budget a des
 ressources modestes, mais il est établi avec une grande sagesse
 par notre confrère M. Mitivié, notre trésorier, qui nous donne
 son temps avec le plus entier dévouement.

Peu d'associations sont administrées avec des frais généraux
 aussi limités ; c'est à vous tous, Messieurs, de nous aider à
 recruter des adhérents nouveaux et à accroître nos ressources.

L'Assemblée vote toutes les propositions qui lui ont été sou-
 mises par le Conseil.

Les membres du Conseil sortants en 1896, rééligibles, sont
 tous réélus. Ce sont :

MM. Falret, Loiseau, Meuriot, Bouchereau.

L'Assemblée vote des remerciements à M. Mitivié pour sa
 bonne gestion et son généreux dévouement.

La séance est levée à 4 heures.

Le Secrétaire,

BOUCHEREAU.

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

Arrêté du 27 avril 1896 : M. le D^r JOURNIAC, médecin-adjoint de l'asile de Châlons-sur-Marne, est nommé directeur-médecin de l'asile de Pierrefeu (Var), en remplacement de M. le D^r Dagonet, non acceptant.

— *Arrêté du 19 mai 1896* : M. le D^r CHARUEL, médecin-adjoint de l'asile de Fains (Meuse), est nommé médecin-adjoint à l'asile de Châlons-sur-Marne.

— *Arrêté du 6 juin 1896* : M. le D^r LEROY, déclaré admissible aux emplois de médecin-adjoint des asiles d'aliénés (Concours de Paris 1896), est nommé médecin-adjoint à l'asile de Quimper (poste créé), et placé dans la 2^e classe de son grade (2,500 fr.).

— *Arrêté du 8 juin 1896* : M. le D^r BARUK, déclaré admissible aux emplois de médecin-adjoint des asiles d'aliénés (Concours de Paris du 11 mai 1896), est nommé médecin-adjoint de l'asile de Lesvellec (Morbihan), et placé dans la 2^e classe de son grade (2,500 fr.).

— *Arrêté de 17 juin 1896* : M. le D^r LEVER, déclaré admissible aux emplois de médecin-adjoint des asiles d'aliénés (Concours de Nancy du 11 mai 1896), est nommé médecin-adjoint de l'asile de Fains (Meuse), et placé dans la 2^e classe de son grade (2,500 fr.).

M. le D^r SANTENOISE, déclaré admissible aux emplois de médecin-adjoint des asiles d'aliénés (Concours de Nancy du 11 mai 1896), est nommé médecin-adjoint de l'asile de Dôle (Jura), et placé dans la 2^e classe de son grade (2,500 fr.).

— *Faculté de médecine de Toulouse* : M. le D^r A. RÉMOND, agrégé, est nommé professeur de clinique des maladies mentales (1).

NÉCROLOGIE

D^r SEMAL. — Nous avons le regret d'annoncer la mort du D^r François-Joseph Semal, directeur-médecin en chef de l'asile

(1) Cette clinique sera, dit-on, installée dans un quartier des hospices de Toulouse et sera recrutée principalement parmi les indigents de cette ville.

de l'Etat, à Mons, décédé dans cette ville, le 16 mai dernier, à l'âge de soixante ans. Cette mort prématurée prive la Belgique de l'un de ses aliénistes les plus renommés et la Société médico-psychologique de Paris, d'un membre associé qui comptait parmi les plus actifs et les plus estimés.

La tâche accomplie par ce très distingué collègue est un remarquable exemple de ce que peut réaliser un esprit ardent, généreux et plein d'initiative.

Fils d'un praticien renommé de Bruxelles, qui fut médecin du roi Léopold, le D^r Semal, après avoir payé vaillamment de sa personne dans l'épidémie de choléra qui sévissait à Anvers en 1866, fut appelé à la direction de l'asile des aliénés de la province du Hainaut (1868). Cet établissement était alors presque rudimentaire; tout y était à faire ou à peu près. Sous l'influence énergique du nouveau directeur, des modifications considérables transformèrent, en quelques années, cet asile qui fut, dès ce moment, placé sous le contrôle direct de l'Etat. Les membres du troisième Congrès d'anthropologie criminelle, tenu à Bruxelles en 1892, qui vinrent, en très grand nombre, le visiter, à cette époque, en compagnie du ministre de la justice, M. Le Jeune, furent frappés de l'installation vraiment remarquable des services, et tous les comptes rendus signalèrent cet établissement parmi les asiles les mieux organisés du monde entier.

Le D^r Semal ne s'abandonnait pas à une indifférence sceptique en matière de thérapeutique des maladies mentales. Il ne se lassait pas de chercher et de chercher encore, persuadé qu'on n'a pas tout fait quand on a enfermé un aliéné. Toujours en quête d'un progrès à accomplir, il eut la constante préoccupation de faire bénéficier ses malades des plus récentes conquêtes de la science. Il avait, notamment, doté son asile d'une installation électrothérapique tout à fait de premier ordre, et la mort est venu le saisir au moment même où il enregistrait de très sérieux résultats par l'application du bain électrique.

Il avait ainsi consacré le meilleur temps de son activité à l'organisation si complète de ce très bel établissement; mais les soins si dévoués qu'il donnait à ses malades, au nombre de six cents environ, et les soucis de l'administration ne l'empêchèrent pas de publier de nombreux travaux.

En 1875, la Société médico-psychologique de Paris lui décernait sa plus haute récompense, le prix Aubanel, pour son étude si intéressante sur la *sensibilité générale et ses altérations dans les affections mélancoliques*, qui fut reproduite *in extenso* dans les *Annales médico-psychologiques* (1875, t. XIII et XIV).

Un des sujets qu'il abordait avec prédilection et à la connais-

sance duquel sa grande pratique médico-légale l'avait bien préparé, c'était la question des *Asiles pour les aliénés criminels et dangereux*. On peut dire qu'il l'a traitée de main de maître, et les nombreux rapports qu'il lui a consacrés font autorité. On doit citer encore ses travaux sur les *Psycho-névroses dyscrasiques*, sur les *Prétendues psychoses pénitentiaires*.

A l'Académie royale de médecine qui se l'était attaché en 1884, le D^r Semal prit une part des plus importantes aux discussions sur les dangers des séances publiques d'hypnotisme, sur le projet de création des asiles pour aliénés criminels, etc. Il était à peu près de tous nos Congrès spéciaux, où sa parole brillante, entraînant, pesait d'un grand poids dans le débat. Et, puisqu'il est ici question de Congrès, c'est le lieu de rappeler que le D^r Semal eut l'honneur de présider, en 1892, à Bruxelles, le troisième Congrès d'anthropologie criminelle qu'il avait remarquablement organisé et dont le succès fut si grand.

Il y a cinq ou six ans, la Belgique se plaça résolument à l'avant-garde du progrès en décidant de soumettre les condamnés à une inspection médicale dans le but de faire déterminer leur véritable état mental. Le service d'inspection fut confié au D^r Semal, ainsi qu'à deux de ses distingués collègues, les D^{rs} Masson et Morel. C'est là une heureuse innovation qui fut, en grande partie, due à l'esprit d'initiative de médecin de l'asile de Mons.

Le D^r Semal, qui disparaît en pleine possession de ses remarquables facultés, était allié à une famille française : il était le beau-frère de notre savant collègue, M. le D^r Paul Garnier. Aussi était-il fréquemment au milieu de nous, où son caractère plein de spontanéité et de cordiale expansion lui avait conquis de solides amitiés.

Le bruit nous parvient que le gouvernement belge, en reconnaissance des services éminents rendus par le D^r Semal, projette de donner son nom à l'établissement qui est vraiment son œuvre. Cette résolution honore autant le savant qu'elle a pour but de glorifier, que le pays qui sait ainsi prouver sa généreuse préoccupation de rendre aux hommes de science et de progrès le solennel hommage dû à leur mémoire.

CONCOURS D'ADMISSIBILITÉ AUX EMPLOIS DE MÉDECIN- ADJOINT DES ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS

Les concours d'admissibilité aux emplois de médecin-adjoint des asiles publics d'aliénés ont eu lieu dans les villes et aux dates indiquées dans notre dernier numéro. Voici les listes des jurys, ainsi que les résultats de ces différents concours :

Région de Lille (Concours du 5 mai 1896). — Président : M. l'inspecteur général, D^r NAPIAS. Jurés titulaires : MM. les D^{rs} CASTIAUX, professeur à la Faculté; ADAM et BOITEUX, médecin en chef à l'asile de Clermont (Oise); KÉRAVAL, médecin-directeur de l'asile d'Armentières (Nord). Juré suppléant : M. le D^r PILLEYRE, médecin-directeur de l'asile de Prémontré (Aisne).

Cinq places proposées. Il y a eu quatre candidats, déclarés admissibles, dans l'ordre suivant : 1^o M. DESWARTE; 2^o M. MUSIN; 3^o M. BRICHE; 4^o M. SINGER.

Région de Lyon (Concours du 5 mai 1896). — Président : M. l'inspecteur général, D^r A. REGNARD. Jurés titulaires : MM. les D^{rs} PIERRET, professeur à la Faculté; DOMAZ, médecin-directeur de l'asile de Bassens (Savoie); LALLEMANT, médecin-directeur de l'asile de Dijon; LAPOINTE, médecin-directeur de l'asile d'Auxerre. Juré suppléant : M. le D^r BRUN, médecin en chef de l'asile de Bron.

Trois places proposées. Ont été admis, par ordre de mérite : MM. TOY, ROUX, BODERO.

Région de Montpellier (Concours du 5 mai 1896). — Président : M. l'inspecteur général, D^r DROUINEAU. Jurés titulaires : MM. les D^{rs} MAIRET, professeur à la Faculté; MAUNIER, directeur-médecin de l'asile d'Aix-en-Provence; BOUBILA et REY, médecins en chef de l'asile de Marseille. Juré suppléant : M. le D^r GUILLEMIN, médecin en chef à l'asile de Montdevergues (Vaucluse).

Trois places proposées. Deux candidats ont été admis, qui sont, par ordre de mérite, MM. CAVALIÉ, COSSA.

Région de Toulouse (Concours du 8 mai 1896). — Présidence de M. l'inspecteur général, D^r DROUINEAU. Jurés titulaires : MM. les D^{rs} ANDRÉ, professeur à la Faculté; BESIÈRE, médecin-directeur de l'asile de Saint-Alban (Lozère); NICOU LAU, médecin-directeur de l'asile d'Auch; RAMADIER, médecin-directeur de l'asile de Rodez. Juré suppléant : M. le D^r MALFILATRE, médecin-directeur de l'asile Saint-Lizier (Ariège).

Trois places proposées. Les trois candidats admis sont, par ordre de mérite : MM. PAPILLON, MAIGNEL et BOUDRON.

Région de Paris (Concours du 11 mai 1896). — Président : M. l'inspecteur général, D^r A. REGNARD. Jurés titulaires : MM. les D^{rs} JOFFROY, professeur à la Faculté; BELLETRUD, médecin en chef de l'asile du Mans; DERRICQ, médecin-directeur de l'asile d'Alençon; DOUTREBENTE, médecin-directeur de l'asile de Blois. Juré suppléant : M. le D^r PETRUCCI, médecin directeur de l'asile de Sainte-Gemmes (Maine-et-Loire).

Six places proposées. Il n'y a eu que cinq candidats, déclarés tous admissibles; ils ont été nommés dans l'ordre suivant : 1° M. LEROY; 2° M. BARUK; 3° M. COULON; 4° M. THIBAUD; 5° M. DARIN.

Région de Bordeaux (Concours du 11 mai 1896). — Président : M. l'inspecteur général, D^r DROUINEAU. Juges titulaires : MM. les D^{rs} E. RÉGIS, chargé de cours à la Faculté; CAILLAU, médecin en chef de l'asile de Cadillac; GIRMA, médecin-directeur de l'asile de Pau; DOURSOUT, médecin-directeur de l'asile de Naugeat (Haute-Vienne). Juré suppléant : M. le D^r POXS, médecin en chef de l'asile de Bordeaux.

Trois places proposées. Les candidats admis sont: 1° MM. HONNEIX DE LA BROUSSE et MAHON (*ex æquo*), 2° TERRADE.

Région de Nancy (Concours du 11 mai 1896). — Président : M. l'inspecteur général, D^r NAPIAS. Jurés titulaires : MM. les D^{rs} SIMON, professeur à la Faculté; GALLOPAIN, médecin-directeur de l'asile de Fains (Meuse); GUYOT, médecin-directeur de l'asile de Châlons (Marne); VERNET, médecin en chef à l'asile de Maréville. Juré suppléant : M. le D^r PARIS, médecin en chef à l'asile de Maréville.

Trois places proposées. Les candidats admis sont, par ordre de mérite : MM. LEVET, SANTENOISE, LALANNE.

ŒUVRE DE PATRONAGE POUR LES ALIÉNÉS INDIGENTS DES ASILES PUBLICS DE LA SEINE

Le compte-rendu moral et financier, pour l'exercice 1895, de cette œuvre si utile vient de paraître. Il est dû, cette année, à M. Ernest Saulnier, secrétaire du Comité administratif. Comme les années précédentes, nous nous faisons un devoir de résumer ce document intéressant, qui nous prouve une fois de plus l'importance du patronage des aliénés indigents, sortant guéris ou convalescents des asiles où ils ont été traités.

Comme on le sait, l'œuvre de patronage, fondée par Falret père et continuée avec tant de dévouement par M. J. Falret, comprend divers moyens d'action : un asile-ouvroir, des réunions du dimanche et, enfin, des secours à domicile.

1° *Asile-Ouvroir*. — Pendant l'année 1895, le mouvement de cet asile a été le suivant :

Convalescentes présentes le 1 ^{er} janvier 1895.	38
Entrées dans l'année.	69
Placées dans Paris.	63
Réintégrées à l'asile Sainte-Anne.	2
Renvoyées dans leur pays	2
Présentes à l'asile, le 31 décembre 1895	40

L'asile a donc hospitalisé, en 1895, 107 personnes, résultat supérieur à celui obtenu en 1893, qui était de 93 personnes et à celui obtenu en 1894, qui était de 92 personnes; l'œuvre a placé 63 patronnées, réintégré 2 dans les asiles et renvoyé 2 dans leur pays.

2° *Réunions du dimanche et secours à domicile.* — Le nombre des asiles et, par suite, des aliénés qui en sortent guéris et convalescents, ayant augmenté dans une considérable proportion, depuis la fondation de l'Œuvre du patronage, on comprend les difficultés que présentent les visites à domicile; celles-ci ne peuvent se faire que dans des cas particuliers de maladies, d'infirmité ou d'enquêtes à faire.

Il est bien plus préférable que les patronnés viennent à l'Asile-Ouvroir où « ils reçoivent l'assistance matérielle, morale et médicale dans toute son étendue, secours en argent et en vêtements, consultations médicales, placement en cas de maladie dans les hôpitaux, en cas d'infirmité dans les hospices, et réintégration, s'il y a rechute, dans les asiles publics de traitement ».

C'est ainsi que, par la réception à l'asile les dimanches et les jours de la semaine, l'Œuvre a pu, malgré ses ressources malheureusement trop restreintes, assister 722 patronnés, dont 376 hommes et 346 femmes et enfants, et leur distribuer la somme de 5,108 francs.

3° *Compte financier.* — Ce compte peut se résumer dans les chiffres suivants :

Recettes.

1° Recettes intérieures (intérêts de rente, travail du personnel, etc.)	Fr. 6.553 »
2° Recettes dues à la charité privée (souscriptions, assemblée de charité, loterie, etc.)	26.464 10
3° Subvention du ministère de l'Intérieur.	900 »
Total. . . Fr.	33.917 10

Dépenses.

1° Frais généraux d'administration et d'entretien.	Fr. 10.119 90
2° Frais applicables au personnel secouru.	23.797 20
Total. . . Fr.	33.917 10

La situation est, comme on le voit, satisfaisante. On ne saurait assez féliciter tous ceux qui s'occupent activement de cette Œuvre, et, en particulier, notre excellent maître et ami,

M. J. Falret, des succès qu'ils obtiennent, les remercier des services signalés qu'ils rendent journellement; ajoutons nos vœux bien sincères pour l'augmentation de leurs ressources financières qui leur permettraient de donner plus d'extension au patronage des aliénés convalescents, dont peu de monde s'occupe et qui cependant méritent protection et assistance.

LA LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME

Une motion de l'Académie de médecine de Belgique (suite).

— Dans le dernier numéro des *Annales*, nous avons rendu compte d'une importante discussion soulevée à l'Académie de médecine de Bruxelles, par MM. Desguin et Verriest, et qui s'est terminée par le vote à l'unanimité de la motion suivante : « L'Académie de médecine émet le vœu que la Législation ne favorise pas la création de nouveaux centres de fabrication de l'alcool, mais qu'elle fasse une guerre sans merci à ce mortel ennemi de la Société. »

Le vote de cette motion a été mal pris en haut lieu; les ministres n'aiment guère à recevoir des leçons des corps savants. De là, des incidents dont M. Verriest rend compte à l'Académie (séance de 28 mars 1896), dans les termes suivants : « M. le sénateur Le Jeune ayant communiqué ce vœu au Sénat, M. le Ministre des finances a cherché à en affaiblir la portée en alléguant, sur la foi d'un correspondant dont le nom demeure inconnu, que des académiciens ont confessé avoir émis leur vote sans connaître le projet de loi sur la fabrication de l'alcool, à l'occasion duquel notre motion a été produite.

« Notre honorable collègue, M. Lefebvre, a fait justice, au Sénat même, de cette dénonciation anonyme. Nous tenons à protester à notre tour contre de semblables procédés, qui tendent à jeter le discrédit sur l'Académie de médecine, et qui, faute de nommer les personnes en cause, atteignent chacun de nous et mettent l'Académie dans l'impossibilité de se défendre...

« ... Nous demandons que l'Académie proteste hautement contre l'accusation dont elle a été l'objet, qu'elle maintienne le vœu émis par elle à la séance dernière, et demande que le Gouvernement, réalisant les promesses faites au cours des débats parlementaires, dépose sans retard un projet de loi franchement et efficacement antialcoolique. »

Après une discussion, qui, d'après le compte rendu, a dû être assez animée, on a procédé au vote par appel nominal, et la motion, votée par l'Académie, dans la précédente séance, est confirmée à l'unanimité des membres présents, moins une abstention.

Ce second vote, pas plus que le premier, ne gênera M. le Ministre des finances; il passera outre au vœu de l'Académie de médecine, en invoquant les nécessités de l'équilibre budgétaire.

Les progrès de l'alcoolisme à Paris et dans le département de la Seine. — Le *Petit Temps* (numéro du 1^{er} mai 1896) analyse deux documents qui donnent, sur les progrès de l'alcoolisme à Paris et dans le département de la Seine, des renseignements peu rassurants, mais qui méritent d'attirer l'attention des législateurs et de tous ceux qui s'intéressent à la santé physique et morale de nos populations.

De ces deux documents, l'un est un rapport au Conseil municipal de Paris; il a été écrit par M. Paul Bronsse, à l'occasion du budget de l'octroi. Il nous apprend que, de 1860 à 1894, les recettes des divers objets de consommation à l'entrée de la ville, ont présenté une élévation progressive, et, spécialement, en ce qui concerne les comestibles et les boissons. Pour les comestibles, le progrès est de 13,800,000 francs à 31,300,000 : on mange beaucoup mieux. Mais surtout, on boit beaucoup plus; car, sur les liquides, les recettes se sont élevées de 26,400,000 francs à 66 millions. Augmentée d'un tiers, la population parisienne a bu trois fois davantage et a bu des boissons alcooliques.

En tout pays, l'abus de ces boissons produit les effets que l'on sait sur le paupérisme, la criminalité, la mortalité, la folie, etc. Le second document, que nous avons annoncé, va nous renseigner sur ses conséquences au point de vue de l'aliénation mentale. En rendant compte au Conseil général de la situation des asiles d'aliénés de la Seine, le D^r Dubois a naturellement signalé l'augmentation de la population de ces asiles, 580 malades de plus que l'année précédente! Et d'où provient cette augmentation? C'est un lieu commun aujourd'hui que de l'attribuer à l'alcoolisme.

Un rapport spécial sur cette question est dû au D^r Magnan, l'éminent médecin du bureau des admissions aux asiles.

« L'alcoolisme, écrit-il, y a fait entrer en 1894, 775 malades, 624 hommes et 151 femmes. Les formes de l'alcoolisme chez l'homme comprennent 282 cas de délire alcoolique, 332 cas d'alcoolisme chronique et 10 cas d'absinthisme.

« Les femmes comptent 90 cas de délire alcoolique, 60 d'alcoolisme chronique et 1 d'absinthisme. En outre, si nous tenons compte des cas dans lesquels les excès de boissons ont provoqué l'entrée à l'asile des malades qui, sans cette cause d'excitation, auraient pu continuer à travailler au dehors, nous trouvons 166 hommes et 63 femmes.

« Les deux groupes, alcoolisés simples et aliénés avec

appoint alcoolique (ensemble 1,004 malades), donnent le pourcentage de 38.42 pour les hommes et de 12.82 pour les femmes. »

Ainsi, en moyenne, le tiers des aliénés de la Seine l'est par alcoolisme.

En 1887, la proportion était moindre, 24,84 p. 100 pour les hommes, 8,92 p. 100 pour les femmes ; l'augmentation n'a cessé de se prononcer d'année en année. Et l'honorable spécialiste ajoute : « Comme conséquence, nous voyons l'accroissement de la paralysie générale, et ce qui est plus grave encore, l'augmentation du nombre des jeunes idiots, des jeunes épileptiques dont les antécédents révèlent presque constamment aujourd'hui l'alcoolisme du père, parfois celui de la mère, ou même l'alcoolisme à la fois du père et de la mère.

« C'est donc un devoir social, une œuvre de salut public d'essayer, par tous les moyens, d'enrayer la marche de ce fléau pire que les épidémies les plus meurtrières. »

Cueillette des ivrognes par la police, dans les rues de Londres. — On écrit de Londres au *Temps* (n° du mercredi 27 mai 1896) :

« Londres est la seule ville au monde où il y ait, dans les bureaux de police, des civières et des brancards pour le transport des ivrognes.

« Mesure excellente. On évite ainsi mille scandales dans la rue. Dans la plupart des pays du continent l'arrestation d'un pochard par un ou deux agents offre toujours quelque chose de pénible. L'homme ne comprend pas, résiste, se débat, lutte ; les agents ne sont pas patients et ils ont la main leste. Ils en viennent bientôt aux bourrades, aux coups de poing. Les badauds s'assemblent, forment un groupe qui va augmentant jusqu'au poste.

« A Londres, rien de semblable. Les agents se signalent un ivrogne qui cric, gesticule, ennuie ou scandalise les passants. L'un d'eux court à la plus prochaine station et revient bientôt suivi de la civière. En un tour de main, le pochard est saisi, soulevé, couché, assujéti à sa couche ambulante par des courroies qui le préserveront d'une chute. On rabat la toile, plus de pochard visible. Les porteurs reprennent leur charge, s'éloignent, disparaissent. Pas de scandale, pas de lutte, pas d'esclandre. L'incident ne se termine pas, comme chez nous, par une inculpation d'outrages ou de voies de fait envers les agents.

« Souvent l'ivrogne, arrivé au poste, peut donner ses nom et prénoms, indiquer son adresse. Alors il est rendu à la liberté, mais la civière le reconduit à son domicile.

« Le samedi soir, on voit circuler pas mal de ces civières,

d'où s'échappent des refrains bachiques. Les passants s'arrêtent à peine, sourient, poursuivent leur chemin. Un policeman marche derrière. Il a pour mission de remettre l'ivrogne à sa famille et d'en obtenir reçu.

« L'arrivée de cette civière dans une maison est toujours une joie pour le voisinage. Et la femme de l'ivrogne ne manque jamais de raconter ensuite qu'on lui a ramené son mari fortement blessé dans un accident de voiture.

« On va doubler à l'avenir le nombre de ces civières. Cela dénote une police très bien faite plutôt qu'une population très sobre. »

LES APPARITIONS DE TILLY-SUR-SEULLES

Nous avons inséré, dans le dernier numéro des *Annales* (p. 515), un intéressant fait d'hallucination collective qui s'est produit dans une commune du Calvados, à Tilly-sur-Seulles. Les phénomènes que nous avons relatés semblent avoir pris, depuis, une plus grande extension, si l'on s'en rapporte aux renseignements suivants, empruntés au *Temps* et au *Petit Temps*.

Le dernier de ces journaux publie, dans son numéro du 24 avril 1896, la correspondance suivante qui lui est adressée de Caen :

« Les apparitions que je vous ai signalées se succèdent sans interruption ; on en est au troisième ou au quatrième miracle, et il est permis de se demander si, après les visionnaires, nous n'aurons pas bientôt les « convulsionnaires », tant est grande l'exaltation de ceux à qui la Vierge s'est manifestée.

« Aux heures où l'apparition se produit, pendant toute la soirée et une partie de la nuit, des religieuses, des femmes, des enfants, des hommes demeurent à genoux sous la pluie, dans la boue, extasiés, priant et psalmodiant des cantiques. Si, par intervalles, les chants viennent à s'arrêter, c'est qu'une voyante les a interrompus en s'écriant : « Regardez ; la voilà ! » On amène ou l'on apporte les malades et les infirmes sur le lieu du prodige.

« Des services de voitures ont été organisés de Caen et de la station d'Andrieu, et ce ne sont sur les chemins que véhicules de toutes sortes transportant les curieux et les pèlerins : fiacres, omnibus, tapissières, sans oublier les bicyclettes. Sur le champ où se dresse l'arbre miraculeux, il n'y a plus trace de verdure tant il a été piétiné par la foule.

« On peut, sans exagération, évaluer à dix mille le nombre des visiteurs que la commune a reçus depuis une quinzaine de jours et ce nombre va croissant. Les voyants, toutefois, sont rares. On signale, parmi ces derniers, outre une jeune vachère et un

cultivateur de Tilly, un coiffeur de Caen, un riche propriétaire, un voyageur de commerce qui, depuis plusieurs jours, n'aurait pas quitté la localité, prêchant et instruisant la foule.

« Un garde-chasse du prince de Broglie venait d'apercevoir l'image miraculeuse lorsque, ayant voulu prendre son mouchoir, il le retira de sa poche taché de sang. Aussitôt les assistants de s'écrier : « C'est le sang du Christ ! » Et le brave agent leur abandonna le mouchoir dont ils se partagèrent les morceaux.

« La vision n'est pas identique à elle-même. Tantôt on voit la Vierge avec l'Enfant-Jésus, tantôt elle apparaît seule ; les uns ont aperçu une arcade ogivale avec une statue. D'autres, la même arcade veuve de toute image ; hier, c'était la Vierge et le Christ ensemble.

« Le clergé, jusqu'à ce jour, se montre assez indifférent, assez méfiant. Bien que le propriétaire du champ ait fait élever à l'entrée une pancarte avec cette inscription : *Ici, on ne blasphème pas !* on m'assure avoir vu des ecclésiastiques rire de bon cœur. Les feuilles locales, le *Journal de Caen* et le *Moniteur du Calvados*, racontent les incidents sans les apprécier, le *Bonhomme normand* gouaille. La *Croix du Calvados* est perplexe et se demande s'il s'agit de manifestations célestes ou bien diaboliques et elle semble pencher vers cette dernière hypothèse.

« Voici un extrait de l'article très étendu où elle relate son enquête :

« De l'ensemble des faits, il se dégage nettement :

1° Qu'il se passe à Tilly, depuis trois semaines, des faits extraordinaires, et même, à n'en pas douter, extranaturels ;

2° Que la supercherie, la fantasmagorie, les *trucs*, en un mot, ne peuvent avoir aucune part sérieuse dans l'immense majorité de ces faits, étant données et la situation des lieux et les circonstances des apparitions.

3° Que les faits, en conséquence, ne peuvent venir que du ciel ou de l'enfer.

« Les motifs qui feraient penser à l'intervention diabolique sont :

1° Le souvenir de Vintras, qui a fait tant de diableries à Tilly, et qui aurait prédit, dit-on, des événements étranges pour la fin du siècle ;

2° Des dissemblances assez notables dans la description des statues ou des images qui sont vues ;

3° Certaines lueurs, éclairs ou feux follets qui ont été vus à de certains jours dans des directions différentes, particulièrement samedi soir ;

4° Un grand trouble et même un assez grand effroi qui

règne dans quelques-uns de ceux qui ont vu ou qui ont été sur le lieu de l'apparition.

« Par contre, voici quelques-uns des motifs qui tendraient à faire croire à l'intervention divine :

1° La persuasion unanime des témoins, qui tous croient à une apparition de la sainte Vierge ;

2° Les circonstances de l'apparition, qui se montre sur le terrain d'un homme qui passe à juste titre pour un saint, dans une commune où une plantation de calvaire a donné lieu, l'an dernier, à des manifestations inouïes ;

3° La ferveur des prières qui accompagnent généralement l'apparition, laquelle est plus éblouissante quand on prie davantage, et s'évanouit quand on cesse de prier ;

4° Le résultat atteint jusqu'ici par l'apparition, qui n'a guère eu d'autre but que d'exciter à la prière et à la ferveur un très grand nombre d'hommes qui priaient bien peu depuis longtemps.

« Quant aux aubergistes de Tilly, ils ont les meilleures raisons du monde de voir dans ces prodiges l'intervention du ciel, et on ne saurait disconvenir qu'ils devront un beau cierge au personnage diabolique ou céleste, auteur de l'apparition, car depuis un mois, leurs établissements ne désemplissent pas. Le gros cidre et l'eau-de-vie du Calvados coulent à flots et contribuent peut-être, insinuent les sceptiques, à brouiller les cervelles. »

Deux jours après, le 26 mai, le *Temps* recevait du même correspondant les quelques renseignements supplémentaires suivants :

« Les apparitions de la Vierge continuent à attirer à Tilly-sur-Seulles et croyants et curieux. Ces derniers courraient quelques risques à heurter le zèle pieux des visionnaires. Un honorable fonctionnaire de Caen, originaire d'un département du Midi, se trouvait tout récemment avec sa femme sur le lieu du prodige ; ayant dit à celle-ci quelques mots dans le dialecte de son pays, il provoqua la colère de la foule qui, le prenant pour un blasphémateur, le bouscula et, sans l'intervention des gendarmes, lui aurait fait un mauvais parti.

« On colporte dans tout le département des médailles à l'effigie de Notre-Dame-de-Tilly. Un photographe ingénieux a mis en vente à Caen des reproductions de l'arbre miraculeux derrière lequel est figurée une image de la Vierge entourée d'un nimbe. Ces photographies trouvent un débit relativement considérable.

« Quant au clergé, on assure qu'il voit ces miracles d'un assez mauvais œil ; aussi la *Croix du Calvados* et les autres feuilles pieuses, sans révoquer en doute les visions, inclinent-elles de plus en plus à les attribuer à une intervention diabolique. »

Le simple récit de ces faits prouve qu'on se trouve en présence d'une épidémie mentale bien caractérisée, qui mériterait d'être étudiée, dans sa genèse et son développement, par des médecins compétents, au même titre que les épidémies de fièvre typhoïde, par exemple, qui font explosion dans notre pays. Pourquoi le Comité consultatif d'hygiène publique de la France, qui envoie un de ses membres sur les lieux dès qu'une affection contagieuse éclate quelque part, n'en ferait-il pas de même lorsqu'il s'agit d'une de ces contagions mentales qui sont certes du domaine de la pathologie au même titre que la variole et la scarlatine ? Une connaissance plus approfondie de la pathogénie et de l'évolution progressive de telles épidémies, serait sans doute d'un grand intérêt pour le penseur, mais aussi d'un grand secours pour l'hygiéniste, qui y trouverait des indications pour arrêter la propagation du mal, s'il lui est impossible, dans l'état actuel de la science et, surtout, de la civilisation, d'en empêcher la production.

Il y a d'ailleurs un précédent. Le regretté D^r Coustans, inspecteur général des aliénés, a été envoyé, en 1861, à Morzines « avec, selon ses propres expressions, la mission de rechercher et d'appliquer les moyens qui pourraient faire disparaître l'épidémie qui sévit sur cette commune ». Tous les aliénistes connaissent le travail qu'il a publié à ce propos : sa *Relation sur une épidémie d'hystéro-démonopathie en 1861* (Paris, 1863) ; c'est un document des plus importants à consulter pour l'histoire des épidémies morales de notre siècle.

LA KLEPTOMANIE A LONDRES

Le magistrat de la Cour de police de West-Hampstead instruit en ce moment une accusation de vol à charge de M^{me} Miunie Howard, convaincue des détournements les plus indéliçats.

Cette dame, qui a 50,000 francs de rente et appartient au meilleur monde, avait attiré depuis longtemps l'attention de la police par son habitude d'assister aux mariages de gens qu'elle ne connaissait pas et dont elle avait lu l'annonce dans les journaux. Très luxueusement vêtue, ornée de bijoux et gardant en toutes circonstances la meilleure attitude, la dame M. Howard ne se bornait pas à contempler les nouveaux époux de loin au cours de la cérémonie nuptiale. Elle les suivait à la sortie de l'église, entraînait avec eux dans la maison où devait avoir lieu le repas de noce, prenait place à leur table sans plus de façon et profitait de l'occasion pour faire main basse sur les bijoux à sa portée. Quand les bijoux manquaient, elle s'appropriait le premier venu des objets de toilette : un chapeau de la bonne fai-

seuse, un éventail de prix, une ombrelle montée en or et enrichie d'un chiffre en diamants. Jamais cette femme de goût ne s'égara dans une noce par trop bourgeoise, où il n'y aurait rien eu à récolter.

Jeu*di* dernier, elle s'était invitée au mariage d'une jeune fille dont les parents habitent le West-End et elle assistait sans aucun droit au lunch qui suivait la bénédiction nuptiale. Là, elle « adopta » trois épingles enrichies de diamants que la comtesse douairière de Malmesbury avait déposées sur une cheminée en retirant son chapeau, elle changeait également le sien contre une coiffure toute neuve appartenant à lady Williams Beresford. Le chapeau valait trois cents francs, les épingles cinq cents. Les parents de la mariée firent chercher un policeman, discrètement, sans appeler l'attention de leurs invités, et la noce se termina par l'entrée en scène de deux agents qui interrogèrent les personnes présentes sur leur identité. D'où l'arrestation de M^{me} Minnie Howard. Ce qui couplique le cas de cette dame, c'est que les plaintes déposées contre elle sont fort nombreuses et que, dans la perquisition pratiquée à son domicile, beaucoup d'objets se sont retrouvés qui avaient mystérieusement disparu dans des noces.

L'avocat de l'inculpée, M. C.-F. Gill, a naturellement présenté sa cliente comme atteinte de kleptomanie aiguë et chronique. Le juge a ajourné la suite de l'enquête en vue d'un supplément d'information. Et il a demandé si M^{me} Minnie Howard figurait sur les listes de kleptomane*s* dressées par la police ou sur celles que les grands négociants de Londres échangent entre eux. L'inculpée n'est signalée ni sur l'une ni sur l'autre.

Nous saurons prochainement si M^{me} Minnie Howard est une malheureuse folle ou une vulgaire pickpocket. En attendant, profitons de cette occasion pour expliquer en quoi consiste la liste des kleptomane*s* à laquelle faisait allusion le juge de West-Hampstead.

L'institution de la première liste s'explique d'elle-même. Il était tout naturel que la police consignât les noms des malades signalées par une première mésaventure, pour éviter de dresser procès-verbal contre elles en cas de rechute. Mais, le plus souvent, les marchands n'aiment pas voir intervenir la police dans leurs affaires et ils préfèrent s'arranger avec la famille des clientes prises en flagrant délit. On fait venir par exemple le mari et on lui dit :

« Votre femme a eu un moment de folie qu'elle nous a avoué en pleurant. Elle a tenté de nous soustraire un coupon de dentelle de 3,000 francs et nous l'avons prise sur le fait. Nous sommes persuadés qu'elle a obéi à une sorte d'impulsion malade, et nous n'avons pas songé un instant à porter plainte.

Mais, d'autre part, nous avons lieu de penser que ce n'est pas la première fois que cela lui arrive. Comme pourtant nous n'en sommes pas absolument certains, nous ne vous réclamons rien. Mais, s'il arrivait à l'avenir, que quelque chose disparût de nos magasins après une visite de madame, nous vous en donnerions avis, et nous vous inviterions à nous tenir compte du préjudice. »

Immédiatement après, le négociant envoie à ses confrères la circulaire suivante :

« M^{me} X..., notre cliente, est kleptomane. Nous vous en prévenons pour le cas où elle fréquenterait vos magasins. Le mari de cette dame demeure telle rue, tel numéro. »

Actuellement ces listes comportent environ huit cents noms. Rien que des noms de personnes aisées et très peu de noms d'hommes, à peine dix. Dès qu'un marchand a constaté chez lui la disparition d'un objet de valeur, il essaye de se rappeler les noms des clientes kleptomanes qui se sont présentées dans la journée, et il envoie à leurs parents une circulaire rédigée à peu près ainsi :

« M

« Ce soir, en fermant nos magasins, nous avons constaté la disparition de tel objet, dont la valeur est de tant. Nous vous serions obligés de rechercher si madame, qui nous a honorés de sa visite aujourd'hui, n'aurait pas emporté cet objet par erreur. Dans ce cas, nous vous prions de nous le renvoyer ou de nous en faire parvenir le prix. »

Ainsi les marchands, loin de perdre un sou par le fait des kleptomanes, gagnent encore à la combinaison. Parfois il arrive qu'une kleptomane n'ait rien volé, mais il lui est impossible d'en acquiescer l'absolue certitude. Elle ne se rappelle pas. Elle n'oserait affirmer. En conséquence, on paye. Un seul objet a disparu, et le marchand en reçoit la valeur de dix personnes différentes qui s'imaginent se l'être approprié. Il n'y a pas perte. Au contraire !

Si M^{me} Minnie Howard est une kleptomane, sa spécialité est seulement une forme inconsciente de sa manie. Mais, en la supposant coupable, on ne peut s'empêcher d'admirer l'originalité de son idée.

Elle avait choisi, en effet, le seul théâtre d'opérations encore à l'abri d'une surveillance gênante. Nous connaissions la police des mœurs, la police des garnis, la police des salles de spectacles, la police des foules, mais on n'avait pas encore songé à instituer la police des repas de nocce.

Quoi qu'il arrive, voilà une lacune comblée. (*Le Temps*, mai 1896.)

LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ

Mélancolie suicide et homicide. — La jeune femme d'un huissier de Coulhé-Vérac (Vienne) avait reçu, vendredi, une lettre anonyme accusant son mari d'infidélité. Elle renvoya immédiatement sa bonne sans lui donner d'explication et s'abstint de parler à personne de ce qu'elle croyait avoir découvert. Cependant, son esprit déjà peu solide avait été fortement ébranlé par cette secousse; son mari la voyait avec inquiétude en proie à une mélancolie qu'il ne pouvait s'expliquer. Il n'a eu le mot de l'énigme qu'hier, lorsqu'il fouilla dans les papiers de la malheureuse, après qu'on lui eut rapporté son cadavre ainsi que celui de ses deux enfants, âgés de trois ans et d'un mois. La pauvre folle était allée se jeter dans la rivière avec ses enfants. (*Le Temps*, numéro du jeudi 23 avril 1896.)

Suicide d'un héréditaire. — On écrit de Nancy au *Temps* (numéro du mardi 28 avril 1896) :

« Sous l'influence d'un dérangement cérébral, un jeune étudiant en médecine, nommé Naquard, âgé de dix-neuf ans, s'est tiré cinq coups de revolver dans la tête. M. Naquard est mort samedi dans la nuit, à l'hôpital civil de Nancy.

« Une lettre trouvée dans sa chambre était adressée au D^r Heydenreich, doyen de la Faculté de médecine. L'étudiant y annonçait qu'il allait tenter une expérience dans l'intérêt de la science. Elle avait pour but de prouver que certaines lésions du cerveau ne sont pas mortelles !

« Le père de l'étudiant Naquard, naguère encore médecin distingué à Toul, est en traitement à l'hospice des fous de Maréville, près Nancy, et le frère de ce dernier avait été atteint d'accès de folie intermittente. »

Mélancolie suicide et homicide. — On écrit de Rochefort au *Temps* (numéro du mercredi 29 avril 1896) :

« Le nommé Delgado, ouvrier ajusteur à l'arsenal maritime, a empoisonné, dimanche après-midi, deux de ses enfants, une fillette âgée de deux ans et un garçon de trois ans, en leur faisant absorber du laudanum, pendant l'absence de sa femme qu'il avait éloignée sous un prétexte avec ses trois autres enfants.

« Le garçon est décédé vers onze heures du soir, la fillette est dans un état grave.

« Quant à lui, on l'a trouvé pendu ce matin, vers trois heures, dans une dépendance de son logis, sis au château Gaillard, rue des Dix-Moulins.

« Depuis quelques jours, Delgado paraissait ne pas être dans son état normal, et l'on attribue son crime et son suicide à la démence. »

FAITS DIVERS

Incendie d'un asile d'aliénés. — On lit dans le *Temps* (numéro du samedi 11 avril 1896) :

« Un terrible incendie s'est déclaré, mercredi après-midi, à l'hospice de Froidmont-lez-Tournai. Le feu a pris naissance dans un grenier situé au-dessus du quartier des Innocents, où se trouvaient une vingtaine de malades.

Les Frères, qui dirigent l'établissement, ont tout d'abord transporté les fous à l'infirmerie ; puis ils se sont efforcés, à l'aide d'une pompe, de circoncrire le foyer.

Les pompiers de Tournai et des villages voisins sont arrivés promptement sur les lieux du sinistre. Après deux heures d'énergiques efforts, ils ont pu se rendre maîtres du feu et écarter tout danger. Les dégâts sont évalués à une cinquantaine de mille francs. Toute une aile du bâtiment a été détruite.

Des scènes véritablement tragiques se sont passées pendant cet incendie. Tandis que des fous contemplaient en riant les bâtiments incendiés, quinze autres de ces malheureux ont profité du désarroi pour s'esquiver. M. Lécouffe a sauvé un fou furieux qui se débattait avec rage, au milieu des flammes, contre son sauveteur. »

Un pensionnaire de l'asile de Bicêtre candidat aux élections municipales de Paris. — Sous ce titre : *Fantaisie de révolutionnaires*, le *Temps* (numéro du samedi 25 avril 1896), publie l'entre-filet suivant qui mérite d'être reproduit :

« Chaque période électorale voit éclore un certain nombre de candidatures plus ou moins fantaisistes. Elles sortent le plus souvent de l'imagination fertile des révolutionnaires.

« C'est ainsi que, cette année, « l'union socialiste révolutionnaire du VI^e arrondissement », a eu l'idée d'aller chercher son candidat pour le quartier de la Mounaie dans un cabanon de l'asile de Bicêtre :

« Nous avons décidé, déclare l'ordre du jour voté par ce groupe, de présenter aux élections municipales la candidature du citoyen François Lecloux, séquestré illégalement à Bicêtre, depuis 1891. L'union n'abandonne en rien le programme avec lequel elle a failli vaincre aux dernières élections, son candidat l'ayant accepté et se trouvant dans les conditions désirables pour se défendre ; de plus, nous avons demandé au ministre de l'intérieur son élargissement temporaire, sous notre responsabilité, pour lui permettre de venir défendre sa candidature.

Quant aux électeurs, que ceux-ci n'oublient pas que le citoyen Lecloux est une protestation vivante contre les internements arbitraires qui, à l'aide de la loi de 1838, peuvent s'abattre sur chacun de nous.

« Suit une invitation aux électeurs de se faire inscrire à la permanence établie pour recevoir les adhésions à la candidature Lecloux, permanence qui se tient, non pas à Bicêtre, comme on pourrait le croire, mais rue Dauphine. »

La candidature du « citoyen » Lecloux a été, en effet, affichée dans le quartier de la Monnaie (VI^e arrondissement), et cette protestation contre la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés a réuni 135 voix sur 3,121 votants.

Un aveugle qui devient fou. — Joseph Loubert, ancien menuisier, âgé de quarante-neuf ans, était pensionnaire des Quinze-Vingts depuis quelques années. Marié, père de cinq enfants, il avait obtenu que sa femme habitât l'hospice avec lui. Malheureusement, en même temps qu'il perdait la vue, le malheureux était devenu effroyablement jaloux, et la faveur qu'on lui avait accordée devint pour sa femme la cause de tourments de tous les instants. Loubert exigeait qu'elle fût toujours près de lui, la querellait chaque fois que, par hasard, un de ses compagnons lui adressait la parole. Il a fini par en perdre la tête.

Hier, comme un autre aveugle leur souhaitait le bonjour, Loubert se précipita sur lui la canne haute. On le retint, non sans peine, car l'ancien menuisier est d'une force herculéenne, et on le conduisit à sa chambre; mais le malheureux était devenu fou furieux; c'est seulement en lui faisant croire qu'on le menait chez un médecin célèbre que le commissaire de police obtint de lui qu'il se laissât conduire à Sainte-Anne. (*Le Temps*, numéro du samedi 23 mai 1896.)

Une aliénée brûlée dans sa baignoire. — On écrit au *Temps* (numéro du samedi 23 mai 1896) :

« Une femme Marie Perret, âgée de trente-six ans, en traitement depuis un mois dans l'asile d'aliénés de Bron (Rhône), avait été menée au bain mardi soir. Les robinets des baignoires fonctionnaient mal, paraît-il, celui de l'eau chaude resta ouvert à l'insu de l'infirmière, et la malheureuse folle fut horriblement brûlée.

Une seconde infirmière, attirée par la vapeur d'eau qui se dégageait, s'aperçut du supplice de la malade.

On dut vider la baignoire avant de la retirer. Son corps ne formait qu'une plaie et elle n'a survécu que quelques heures à ses horribles souffrances. »

L'infirmière, M^{lle} Lucie Crettin, âgée de vingt-deux ans, considérée comme responsable de cet affreux accident, a été poursuivie pour homicide par imprudence; mais le tribunal correctionnel de Lyon l'a acquittée. « M^{lle} Marie Crettin, d'après le *Temps* (numéro du 18 juin 1896), avait déclaré, pour sa défense, qu'elle était sûre d'avoir fermé le robinet, mais qu'il était en mauvais état et jouait trop facilement. Elle avait ajouté qu'elle avait signalé le fait par écrit quinze jours auparavant à l'administration. »

Folie subite d'un capitaine de navire en pleine mer. — On télégraphie de Port-Vendres au *Temps* (numéro du 10 juin 1896) :

« Le brick-goëlette *G.-C. n° 12*, jaugeant 115 tonnes, attaché au port de Brest et ayant sept hommes d'équipage sous les ordres du capitaine Cotton, quittait le port de Cette pour se rendre à Saint-Pierre-et-Miquelon avec un chargement de sel marin et de vin destiné aux pêcheurs de morue.

A peine le bateau était-il entré dans le golfe du Lion que le capitaine devint subitement fou. Il saisit une hache et voulut en frapper les matelots. Ceux-ci purent saisir leur malheureux capitaine, le ligotèrent et le descendirent dans sa cabine.

Un des hommes de l'équipage prit le commandement du brick et rallia le port le plus voisin qui était Port-Vendres. Une fois là, l'équipage a fait sa déclaration aux autorités maritimes qui ont fait transporter le capitaine Cotton à l'hôpital de Perpignan, d'où il a été dirigé ce matin sur l'asile d'aliénés de Limoux. »

Acte de courage d'une infirmière à la Salpêtrière. — Dans un accès d'hallucination, une pensionnaire de la Salpêtrière, M^{me} Marie Helsen, en traitement dans une salle du dernier étage, est montée sur le rebord de la fenêtre et a réussi à gagner le toit. Une infirmière, M^{me} Petit-Barrat, qui relevait de couches, s'est bravement élancée à sa poursuite et l'a ramenée dans la salle. Le directeur de la Salpêtrière, M. Le Bas, a vivement félicité M^{me} Petit-Barrat et a adressé au commissaire de police un rapport relatant la belle conduite de l'infirmière. (*La Justice*, numéro du 16 juin 1896.)

La folie comme cause de divorce rejetée par le Reichstag allemand. — Le *Temps* (numéro du 28 juin 1896) publie la dépêche suivante :

« Berlin, 27 juin, 10 h. 35.

« La coalition du centre et des conservateurs a remporté hier au Reichstag une victoire dans la discussion du nouveau

Code civil, sur la grave question du divorce pour cause de folie incurable d'un des conjoints. Malgré les efforts du ministre de la justice, qui a insisté sur les graves conséquences du rejet de cet article, malgré le discours remarquable du député libéral Munckel, qui a dit qu'il serait inhumain de river éternellement un cerveau mort à un être vivant, la coalition réactionnaire a repoussé, par 125 voix contre 116, cette cause de divorce. Le gouvernement et la minorité sont résolus à provoquer un nouveau vote sur cette question en troisième lecture » (1).

LES CONGRÈS DE 1896

Parmi les nombreux Congrès qui se tiendront cette année, il en est trois dont les travaux intéressent tout spécialement les médecins aliénistes.

1° *Septième Congrès annuel des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française.* — Ce Congrès s'ouvrira à Nancy le 1^{er} août, sous la présidence de M. le professeur Pitres, doyen de la Faculté de Bordeaux. Il y a jusqu'ici quatre-vingt-treize adhérents, et nous constatons avec regret sur la liste que nous avons sous les yeux le nombre restreint de médecins d'asiles. C'est cependant pour eux, pour la discussion des questions scientifiques, des intérêts qui leur sont chers, que ces réunions annuelles ont été fondées; ils devraient donc constituer la majorité, la grande majorité des adhérents. Exprimons le vœu que nos honorables collègues des asiles qui ne se sont pas encore fait inscrire, se rendant à ces raisons, enverront leur adhésion au distingué secrétaire général du Congrès de Nancy, M. le Dr Vernet, médecin en chef de l'asile de Maréville. Le programme qui suit et qui n'est pas encore définitif, est la meilleure preuve de l'importance de ces Congrès annuels, ainsi que de leur utilité au point de vue de nos intérêts professionnels et de nos relations confraternelles.

Programme.

Le septième Congrès des aliénistes et neurologistes se tiendra à Nancy, du 1^{er} au 6 août 1896, dans un amphithéâtre de l'Institut anatomique de la Faculté de médecine, rue Lionnois, 23, où le Secrétariat sera également transporté pendant la durée du Congrès.

Le programme est ainsi composé :

Samedi, 1^{er} août. — Séance de matin, 9 heures. Séance solennelle d'ouverture. — Séance du soir, 2 heures. Première

(1) Le Reichstag s'est ravisé; en dernière lecture, il a admis le divorce dans le cas de folie incurable de l'un des conjoints.

question du programme : *Pathogénie et physiologie pathologique de l'hallucination de l'ouïe*. Rapporteur, M. le D^r SÉGLAS. — Discussion.

Dimanche 2 août. — Excursion à Maréville, visite de l'asile. Banquet offert par l'Administration de l'asile.

Lundi 3 août. — Séance du matin, 9 heures. Deuxième question du programme : *De la séméiologie des tremblements*. Rapporteur, M. le D^r LAMACQ. Discussion. — Séance du soir, 2 heures. Troisième question du programme. *De l'internement des aliénés dans les établissements spéciaux : thérapeutique et législation*. Rapporteur, M. le D^r PAUL GARNIER. Discussion.

Mardi 4 août. — Séance du matin, 9 heures. Suite de la discussion des rapports. Communications diverses. — Séance du soir, 2 heures. Communications diverses. — Le soir, à 7 heures. Banquet par souscription du Congrès.

Mercredi, 5 août. — Séance du matin, 9 heures. Suite des communications. — L'après-midi, excursion aux environs de Nancy.

Jeudi, 6 août. — Séance du matin, 9 heures. Séance, s'il y a lieu, pour les communications. — Ouverture du Congrès de médecine interne, présidé par M. le D^r Pitres. — Le soir, réception des congressistes par la municipalité de Nancy.

2^e Troisième Congrès international de psychologie. — Ce Congrès qui se tiendra à Munich, du 4 au 7 août, a un programme extrêmement chargé : près de cent cinquante communications sont déjà annoncées ou inscrites à l'ordre du jour. Dans l'impossibilité de les faire connaître toutes, nous nous contenterons donc de reproduire les titres de celles concernant la pathologie mentale, qui sont nombreuses et paraissent présenter un vif intérêt.

Expériences psychologiques sur les aliénés, par le D^r G. Aschaffenburg, privat-docent de psychiatrie, à Heidelberg. — L'hérédité dans la psycho-pathologie, par le D^r J.-B. Crocq, rédacteur en chef du *Journal de neurologie et d'hypnologie*, de Bruxelles. — Les modifications de l'attention dans les maladies nerveuses caractérisées par les altérations du temps de réaction, par le D^r Pierre Janet. — Le besoin de l'hypnotisme chez les hystériques et le besoin de direction chez les douteurs, par le même. — La psychologie des idées fausses des aliénés, par le D^r Arie de Jong, de Haag (Hollande). — Les phobies, par le D^r Fernand Levillain, de Nice. — Sur la structure du cerveau, par le D^r J. Luys, de Paris. — Les psychoses de la puberté, par le D^r Antonio Marro, médecin de l'asile d'aliénés de Turin (Italie). — Sur les relations de la psychologie et du droit criminel, par le D^r J. Morel, médecin de l'hospice Guislain, à

Gand (Belgique). — Les hallucinations et les troubles de la perception et de l'idéation, par le professeur E. Morselli, de Gênes (Italie). — Du suicide et de ses relations avec l'alcoolisme, par le D^r Franz Carl Muller, de Munich. — La psychologie du génie, par Frédéric W.-H. Myers, de Cambridge. — De la psychologie criminelle, par le D^r Paul Näcke, de Huberturg (Allemagne). — A propos d'une enquête statistique sur les hallucinations, par le professeur Sidgwick, de Cambridge. — Sensibilité et personnalité, par le D^r Paul Sollier. — De la pathologie de la mémoire, par le D^r Ad. von Strümpell, d'Erlangen. — Traitement de certaines formes d'aliénation mentale par la suggestion hypnotique, par le D^r Auguste Voisin, etc.

3^e Quatrième Congrès international d'anthropologie criminelle.

— Ce Congrès se tiendra à Genève, du 24 au 29 août, sous la présidence de notre savant collègue et ami, M. le D^r G. Ladame. Il a pour objet l'étude de la criminalité dans ses rapports avec la biologie et la sociologie, spécialement au point de vue des applications légales et administratives. Les communications sont classées dans cinq catégories distinctes : 1^o la *Biologie criminelle*; 2^o la *Sociologie criminelle*; 3^o la *Psychologie* et la *Psychopathologie criminelles*; 4^o les *Applications légales de l'anthropologie criminelle*; et 5^o les *Applications administratives de l'anthropologie criminelle*.

Plus de cinquante communications sont annoncées, dont un grand nombre dues à des savants français. Nous citerons parmi ces dernières : Anomalie du sens génital au point de vue de la criminalité, par le D^r Paul Garnier. — L'inversion génitale, par le D^r Magitot. — Les vols dans les grands magasins, par le professeur Lacassagne. — Conséquences sociales de l'alcoolisme des ascendants au point de vue de la dégénérescence, de la morale et de la criminalité, par le D^r Legrain. — Influence de la presse sur la criminalité, par le D^r Paul Aubry. — De la folie méconnue. Conséquences pénales; nécessité d'une intervention médicale plus fréquente, par le D^r Paul Garnier. — Les persécuteurs processifs, par le D^r Gilbert Ballet. — Sur les mesures pénales à prendre au sujet des mineurs délinquants, par le D^r Th. Roussel. — L'enseignement de l'anthropologie criminelle, par le professeur Lacassagne. — Quelles sont les mesures à prendre à l'égard des buveurs d'habitude délinquants? Faut-il les maintenir dans les prisons? N'y aurait-il pas plus d'avantage pour la morale et la société à les faire traiter et à essayer de les guérir? par le D^r Magnan. — Inspection mentale des détenus dans les prisons, par le D^r P. Garnier. — De la nécessité d'organiser, sur des données sérieuses, l'éducation correctionnelle, par le D^r Mottet.

Le droit d'admission à ce Congrès est fixé à 20 francs. Les adhésions doivent être envoyées au secrétaire général, M. Mauriee Bedot, directeur du Musée d'histoire naturelle de Genève (Suisse).

PRIX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Prix proposés pour l'année 1897.

PRIX AUBANEL. — 2,000 francs. — *Les auto-intoxications dans leurs rapports avec les délires.*

PRIX BELHOMME. — 600 francs. — *Du langage chez les idiots.*

PRIX ESQUIROL. — Ce prix de la valeur de 200 francs, plus les œuvres d'Esquirol, sera décerné au meilleur mémoire manuscrit sur un point de pathologie mentale.

PRIX MOREAU (DE TOURS). — Ce prix, de la valeur de 200 francs, sera décerné au meilleur travail manuscrit ou imprimé, ou bien à la meilleure des thèses inaugurales soutenues en 1895 et 1896, devant les Facultés de médecine de France, sur un sujet de pathologie mentale ou nerveuse.

Nota. — Les mémoires manuscrits ou imprimés pour les prix à décerner en 1897, devront être déposés le 31 décembre 1896, chez M. le D^r Ant. Ritti, médecin de la Maison nationale de Charenton, secrétaire général de la Société. Les mémoires manuscrits devront être inédits et pourront être signés; ceux qui ne seront pas signés seront accompagnés d'un pli cacheté avec devise, indiquant les nom et adresse des auteurs.

Le Rédacteur en chef-Gérant : ANT. RITTI.

JOURNAL
DE
L'ALIÉNATION MENTALE
ET DE
LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Chronique

Le Congrès des médecins aliénistes et neurologistes (7^e session, à Nancy, août 1896)

Chacun de nos Congrès a sa physionomie particulière. La session de Nancy était présidée par un des neurologistes les plus en vue, et on y a surtout étudié des questions intéressant tout spécialement les médecins aliénistes. Nos collègues qui, l'année dernière, craignaient de voir nos réunions absorbées par la neurologie, peuvent se rassurer ; ils verront, en parcourant le compte rendu du Congrès, que l'on n'a pas dévié du but que l'on se proposait d'atteindre.

Les membres du Congrès ont reçu du corps médical de Nancy l'accueil le plus cordial. Les locaux de la Faculté de médecine avaient été mis à la disposition des organisateurs du Congrès. Nous avons été très gracieusement invités à visiter les laboratoires, et plusieurs des professeurs de la Faculté ont pris une part active à nos travaux. Inutile d'ajouter que nous avons libre accès dans les services du nouvel hôpital, et le professeur Bernheim, entre autres, a eu la visite d'un

grand nombre de congressistes. Nous avons eu le plaisir de voir la Belgique et la Russie représentées au Congrès.

La session a été ouverte le samedi 1^{er} août, dans la matinée, par une séance d'apparat, sous la présidence de M. Stéhelin, préfet de Meurthe-et-Moselle. Dans son discours de bienvenue, M. le Préfet a adressé des paroles aimables au professeur Joffroy, président du Congrès de Bordeaux, et au professeur Pitres, président de la nouvelle session, et a rappelé avec beaucoup d'à-propos le vœu, exprimé précédemment, de resserrer les liens qui doivent unir l'enseignement et la pratique des maladies nerveuses et mentales. Il a signalé les progrès réalisés par la connaissance des maladies microbiennes et des auto-infections; il a parlé des améliorations que l'on s'efforçait d'apporter à l'asile de Maréville. Il a terminé par cette brillante péroraison :

« Vous avez tenu aussi, Messieurs, à vous rapprocher d'une Faculté qui n'est pas étrangère au culte passionné que provoque l'étude des maladies nerveuses; elle a vu éclore ici, sous la poussée d'un esprit vigoureux et sympathique, une façon d'école qui ne manque ni d'intérêt, ni d'éclat.

« Enfin, Messieurs, et je suis sûr d'être l'écho de vos sentiments les plus vibrants et les plus profonds, vous avez entendu, en venant à Nancy, au seuil de la frontière, vous mêler aux membres d'une Université qui est l'héritière de l'Académie de Strasbourg, et aux professeurs d'une école de médecine qui a repris avec énergie, et qui porte avec dignité le drapeau enlevé aux mains des maîtres de la Faculté alsacienne. Ces maîtres étaient les Sédillot, les Stolz, les Schutzenberger, les Tonrdes; cette école était illustre là-bas! Il appartient à d'autres de dire si elle l'est redevenue ici; mais il m'appartient du moins d'affirmer que nous

entourons notre Faculté de médecine d'affection et d'estime, parce qu'elle est restée fidèle à ses grandes traditions, qu'elle a pieusement gardé la religion des souvenirs, parce que, aux confins de la Patrie, elle soutient avec honneur le beau renom de la France, et qu'elle évoque, jusque dans le domaine pacifique de la science, un passé qui n'est pas sans grandeur, et un souvenir qui n'est pas sans espoir. »

M. le professeur Pitres a remercié M. le Préfet et a développé ensuite, dans son discours, les avantages résultant de l'union des sciences psychiatriques et neurologiques. « La division, a dit le professeur Pitres, en deux groupes séparés, de l'armée des travailleurs s'occupant des maladies nerveuses et mentales est tout à fait artificielle. Elle ne repose sur aucune idée générale. Elle est en opposition avec la nature même des choses. Scientifiquement, elle est irrationnelle. Pratiquement, elle aurait pour résultat, si elle était rigoureusement maintenue, de fractionner l'étude de maladies qui sont unies et ne peuvent être bien connues que si on les envisage dans l'ensemble de leurs manifestations, dans la série entière de leur évolution. Remarquez, en effet, que la plupart des maladies mentales ne sont représentées dans les asiles d'aliénés que par des types accentués ou compliqués, dont les formes atténuées ou simples se rencontrent couramment dans la pratique civile, ou dans les hôpitaux ; de telle sorte, qu'on serait exposé à n'avoir que des notions incomplètes, et par conséquent erronées, sur la paralysie générale, l'épilepsie, l'hystérie, la neurasthénie, la chorée, etc., si on ne connaissait ces maladies que par les cas qu'on peut observer dans les maisons spécialement consacrées au traitement des maladies mentales.

« Inversement, il y a une foule de maladies, de syndromes ou d'épisodes morbides, qui par leur nature

appartiennent en propre à la médecine mentale, et qu'on n'a jamais, ou presque jamais, l'occasion d'observer dans les asiles d'aliénés; tels sont, par exemple, les délires toxiques transitoires, les délires fébriles, les obsessions psychiques conscientes, etc.

« Enfin, il y a bon nombre de maladies mixtes qui s'accompagnent parfois, mais non pas toujours, de perturbations psychiques, et qui devraient figurer tantôt dans le groupe des cas appartenant aux neurologistes, tantôt dans celui ressortissant aux aliénistes; de ce nombre, sont la sclérose en plaques, le tabes, le ramollissement cérébral et la paralysie générale elle-même, dont la variété non délirante est d'une incontestable fréquence ».

Le professeur Pitres a développé ensuite la thèse que les aliénistes et les neurologistes se sont rendus à courte échéance de mutuels services. « Les premiers ont conçu et fixé la doctrine de la dégénérescence, qui s'est bientôt étendue à toute la pathologie nerveuse; les seconds ont préparé l'accès dans la médecine mentale de la doctrine de l'infection, doctrine dont ils avaient puisé les éléments dans la médecine générale, laquelle les avait empruntés aux travaux de laboratoire de notre illustre Pasteur et de ses élèves.

« La morale de ceci, c'est que nous avons tous intérêt à ne pas nous enfermer dans des spécialisations trop étroites et trop exclusives, à élargir le plus possible notre horizon. Un neurologiste aurait une culture insuffisante s'il ne se tenait au courant des progrès qui s'accomplissent tous les jours dans le domaine de la psychiatrie, et un aliéniste se priverait de précieux éléments d'enseignement s'il ne suivait d'un œil attentif et curieux les recherches qui se font dans le domaine de la neurologie. »

A la suite de la séance solennelle d'ouverture du

Congrès, une réunion intime des médecins d'asiles avait lieu en vue de la constitution d'une Union amicale dont il a été déjà question dans les *Annales*. Le résultat des conférences qui ont eu lieu à ce propos doit faire l'objet d'un compte rendu spécial, et le chroniqueur du Congrès se borne à mentionner le fait.

Les travaux de la session ont commencé dans la séance de l'après-midi. Tout d'abord le bureau a été constitué.

Le président, professeur Pitres, a été installé par le professeur Joffroy, président de la session précédente.

Ont été nommés présidents d'honneur :

MM. Barthou, ministre de l'intérieur ;

Monod, directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques ;

Stéhélin, préfet de Meurthe-et-Moselle ;

Maringer, maire de Nancy ;

Heydenreich, doyen de la Faculté de médecine de Nancy ;

Bernheim, professeur ;

Ladame, de Genève ;

Mendelsohn, de Saint-Petersbourg.

Vice-présidents : MM. Vallon et Lapointe.

Secrétaire général : M. Vernet.

Secrétaires des séances : MM. Seeligmann et Hartenberger.

M. Régis a présenté le compte rendu financier du Congrès de Bordeaux, qui se liquide avec un excédent de recettes de 708 francs versés entre les mains du trésorier de la session de Nancy, et on aborde enfin la première question inscrite au programme :

Pathogénie et physiologie pathologique de l'hallucination de l'ouïe.

Dans son rapport imprimé, M. Séglas avait examiné

tout d'abord la définition de l'hallucination sensorielle, les phénomènes dont elle doit être distinguée : paramnésies, illusions, interprétations délirantes ; pseudo-hallucinations et hallucinations motrices. Il avait étudié, dans un second chapitre, l'analyse clinique des caractères intrinsèques des hallucinations auditives, relatifs à leur contenu, leur point de départ, leur localisation sensorielle, leur complexité ; les hallucinations élémentaires, communes, verbales ; les hallucinations périphériques objectives et subjectives, directes et réflexes ; les hallucinations centrales ; les rapports entre les illusions et les hallucinations ; les hallucinations uni-latérales et bilatérales de même caractère ou de caractère différent suivant le côté affecté ; les associations et combinaisons hallucinatoires. Le troisième chapitre était consacré à la physiologie pathologique de l'hallucination de l'ouïe. Dans ce chapitre ont été examinées les différentes théories de l'hallucination : théorie périphérique ou sensorielle ; théorie de l'origine intellectuelle ; théories psycho-sensorielles ; rôle des centres corticaux dans la production de l'hallucination ; faits anatomo-cliniques ; critique des différentes théories. Dans un dernier chapitre étaient abordées les considérations psychologiques : l'hallucination et la perception extérieure ; rôle des images mentales ; l'extériorité ; ses conditions, intensité ou complexité des images ; pourquoi s'extériorisent-elles par un sens plutôt que par un autre ? par quel mécanisme ? la localisation, les différentes hypothèses qu'elle soulève ; le contraste psychique et l'association des idées ; l'automatisme psychique ; l'attention et la croyance.

On voit par cette rapide énumération avec quel soin le rapporteur a fait l'analyse de son sujet. La conclusion du rapport imprimé est, qu'à part la notion définitivement acquise de l'intervention nécessaire des centres

corticaux dans la production de l'hallucination de l'ouïe, nous ne sommes pas beaucoup plus avancés sur les autres points qu'il y a cinquante ans, et qu'il est impossible de formuler une théorie générale de l'hallucination de l'ouïe.

Dans son exposé verbal, M. Séglas a ouvert la discussion en abordant un des points soulevés par l'étude de la question. Quel est le mécanisme des hallucinations auditives unilatérales? Il est logique, dans une étude, de procéder du simple au composé. Mais d'abord, l'unilatéralité est-elle réelle? On ne peut s'en rapporter qu'à la déclaration du malade et on ne peut pas déterminer d'une manière précise qu'un seul sens est intéressé. Parfois l'occlusion de l'oreille du côté opposé a fait cesser l'hallucination. Néanmoins on admet l'hallucination unilatérale. Mais les lésions qu'on trouve sont variables. Variables aussi sont les caractères de ces hallucinations. L'hallucination est produite par l'excitation des centres. C'est la théorie de Tamburini. Cette excitation a-t-elle un point de départ périphérique? En présence des faits, le mécanisme reste obscur. Pourquoi l'hallucination reste-t-elle unilatérale? Le trajet intracéphalique des nerfs auditifs est mal déterminé. On peut difficilement admettre l'indépendance des deux hémisphères, et l'on ignore, pour les nerfs auditifs, s'il y a entre-croisement complet ou semi-décussation, comme pour les nerfs optiques. M. Séglas s'est ainsi trouvé, dans son exposé comme dans son rapport, amené à critiquer la plupart des théories émises, sans avoir, de son côté, à en présenter une à laquelle on puisse s'arrêter d'une manière positive.

Dans la discussion, M. Vallon a reproché à M. Séglas de n'avoir pas pris parti pour l'origine centrale des hallucinations après avoir découvert l'hallucination psycho-motrice. M. Vallon pense qu'il n'y a pas d'hal-

lucination d'origine périphérique. Certaines personnes peuvent extérioriser la représentation mentale ; des peintres peuvent revoir le modèle qu'ils n'ont plus sous les yeux ; des musiciens peuvent réentendre des airs après une audition. Ce n'est pas pathologique ; mais, pour les hallucinations, on peut admettre une théorie mentale analogue. Les hallucinations sont consécutives au délire chez les persécutés et les organes des sens n'interviennent pas. Les troubles dont le point de départ est dans l'appareil central constituent les hallucinations réelles. Les troubles dont le point de départ est dans l'appareil sensoriel sont des sensations subjectives avec interprétation délirante. Ce sont de fausses hallucinations, c'est-à-dire des illusions.

M. Gilbert Ballet s'est prononcé pour une théorie plus complexe que la théorie de Tamburini. L'excitation du centre auditif ne suffit pas pour produire l'hallucination et ne peut donner que la perception d'un bruit non différencié. La perception verbale éveille des images et par conséquent met en jeu les centres qui produisent ces images. On arrive ainsi à la théorie intellectuelle. Pour que l'hallucination se produise, il faut un état intellectuel particulier.

M. Régis, se basant sur les premières observations publiées par lui d'hallucinations unilatérales, croit que la cause première de ces hallucinations réside dans la lésion de l'organe sensoriel. Plus la lésion est périphérique, plus l'hallucination se rapproche de la forme sensorielle. Si la lésion est centrale, l'hallucination est psycho-motrice. Il a observé une forme qu'on peut appeler l'hallucination écho. La fin des phrases était entendue répétée. A l'examen de l'oreille, on a trouvé une otite catarrhale avec ankylose de la chaîne des osselets. L'affection s'était développée à la suite d'infection (influenza). On pourrait admettre, dans ce cas, une sorte

de choc en retour résultant d'une excitation centrifuge.

M. Marie a communiqué une observation d'hallucinations latéralisées de l'ouïe qu'on peut comparer à la déviation conjuguée des deux yeux. Il s'agit d'un individu se disant persécuté par les prêtres. Des esprits lui volaient ses prières sur la gauche. Le malade est mort d'hémiplégie gauche.

M. Pierre Parisot a pris part à la discussion en relatant un cas observé dans son service hospitalier *d'épilepsie motrice et sensorielle* (hallucinations de l'ouïe et de la vue) *produite par une tumeur cérébrale*.

Il s'agissait d'un homme de soixante-neuf ans chez lequel n'existait ni tare nerveuse, ni alcoolisme. Il présentait des crises épileptiformes limitées au côté gauche du corps qui se généralisèrent plus tard. A la suite de ces crises, le côté gauche restait parésié pendant quelques jours et le malade avait des hallucinations de la vue et de l'ouïe sans caractère d'unilatéralité, il voyait danser autour de lui, apercevait de l'eau sur le sol, etc., il entendait parler des personnes mortes depuis longtemps et leur répondait ; à l'hospice, il percevait la voix de sa femme, lui adressant des reproches, ou bien c'était son fils qui lui causait, et avec lequel il dialoguait. Ces hallucinations disparaissaient peu à peu, mais persistaient souvent, pendant trois, quatre et cinq jours après les crises convulsives ; l'intelligence était normale entre les accès.

Les crises convulsives ont été plusieurs fois remplacées par des crises hallucinatoires de la vue et de l'ouïe qui duraient seulement quelques heures. Dans les derniers jours de sa vie, ce malade tomba dans un état d'hébétéude qui alla s'accroissant et il succomba à une pneumonie.

L'autopsie révéla la tumeur diagnostiquée et M. Pierre Parisot fait passer sous les yeux des membres du Con-

grès le cerveau de cet homme. Une tumeur grosse comme une noix, adhérente à la dure-mère, siège dans la région orbitaire du lobe frontal droit ; les centres corticaux sensoriels et moteurs n'offrent aucune altération appréciable à l'œil nu. Une excitation à distance produite par la tumeur sur ces centres permet d'expliquer la production des crises d'épilepsie motrice et sensorielle (hallucinations de l'ouïe et de la vue) observées pendant la vie.

Un échange d'observations a encore en lieu de la part de MM. G. Ballet, Vladimir Serbski, P. Garnier, Vallon, Régis et Lapointe, et M. Séglas a répondu aux diverses objections qui lui avaient été faites.

M. Pitres a clos la discussion après avoir communiqué ses recherches sur une forme particulière d'hallucinations ou d'illusions observée chez les amputés qui, sous l'influence de certaines excitations, croient voir ou sentir leur membre absent. M. Pitres a fait disparaître cette sensation du membre fantôme par l'injection sous-cutanée de cocaïne.

La journée du dimanche, 2 août, était consacrée à la visite de l'asile de Maréville. Je n'ai pas à décrire ici Maréville, qui est bien connu des lecteurs des *Annales*. On a parcouru les divers quartiers sous la conduite du D^r Vernet. Un deuil de famille avait motivé le brusque départ du D^r Paris, qui avait chargé son collègue de le suppléer dans son service. Un banquet a été offert aux membres du Congrès, et la table était dressée dans le nouveau pensionnat, dont la construction est très avancée. Ce pensionnat est complètement distinct de l'asile proprement dit, établi à 1,500 mètres en avant de Maréville, au lieu dit Sainte-Anne, derrière la ferme du Clos-Jaloux. Nous avons retrouvé là l'aimable préfet de Meurthe-et-Moselle, qui était venu présider le banquet, et qui a trouvé le moyen, avant de porter le toast

traditionnel au Président de la République, d'adresser des paroles gracieuses aux dames prenant part à la fête.

Les travaux du Congrès ont été repris le lendemain, 3 août. La séance du matin a été consacrée à des mémoires dus à l'initiative individuelle.

Le Dr Crocq a lu un mémoire sur l'hérédité croisée, d'après l'expérimentation sur les animaux, et un autre mémoire sur une affection qu'il décrit sous le nom d'acrocyanose, différente de l'œdème bleu de Charcot et de la maladie de Raynaud et qui lui paraît due à des troubles vaso-moteurs hystériques.

M. Auguste Voisin a communiqué une observation de céphalée datant de plusieurs années, et mélancolie consécutive, avec idées et tentatives de suicide, phénomènes liés à une méningite et lac séreux comprimant les circonvolutions frontale et pariétale ascendante, traités avec succès par la craniectomie.

M. Claude : Recherches expérimentales sur les lésions médullaires par toxines microbiennes.

M. Lapointe : Un cas de paralysie générale à durée anormale. Cette observation a provoqué une discussion à laquelle ont pris part MM. Charpentier, Régis, Vallon, A. Voisin, Séglas, Doutrebente, Delmas et P. Garnier.

MM. Souques et Raymond : Observations d'épilepsie partielle dans l'acromégalie, et de paraplégie spasmodique familiale.

M. Laurent : Un fait d'insensibilité physique, observé à Hanoï, chez un malfaiteur qui, attaché à la barre de justice, s'est mutilé les organes génitaux par écrasement.

La séance du matin s'est terminée par une très intéressante communication de M. Gilbert Ballet sur les lésions expérimentales des cellules de la moelle consécutive à la section des troncs nerveux périphériques et

à l'anémie par compression de l'aorte. On peut reproduire expérimentalement les lésions médullaires qu'on trouve aujourd'hui dans les polynévrites, la modification de forme de la cellule nerveuse, la fonte du protoplasma chromatophile, partielle d'abord, puis totale, la disparition du noyau et parfois la rupture du prolongement des cellules nerveuses; la ligature de l'aorte chez le cobaye détermine la paraplégie et on trouve des altérations considérables dans les cellules de la moelle. Une expérience plus intéressante consiste à produire une paraplégie temporaire par compression passagère de l'aorte. L'animal paraît se remettre complètement et néanmoins, si on sacrifie le cobaye, on trouve constamment des lésions légères mais analogues à celles des polynévrites.

Comment une lésion durable peut-elle ne causer que des paraplégies transitoires? C'est ce qu'on ne peut expliquer; mais il y a un fait, c'est que la lésion survit au symptôme et c'est un point sur lequel M. Ballet appelle l'attention des aliénistes et des neurologistes.

La séance de l'après-midi a été consacrée à la discussion du rapport de M. Lamacq sur la séméiologie du tremblement.

L'auteur insiste sur la fréquence du tremblement chez des personnes n'ayant pas d'affection du système nerveux. Des tremblements non perceptibles à l'œil nu sont révélés par les appareils enregistreurs. On a vu le tremblement alcoolique et le tremblement de la paralysie générale modifiés par l'aimant. Il existe un tremblement héréditaire. On ne peut donc pas faire un diagnostic d'après le tremblement. — M. le Dr Crocq a soutenu que le tremblement était un phénomène pathologique. MM. Sabrazès et Cabannes ont apporté leurs observations sur le nystagmus vibratoire de nature hystérique, spontané et provoqué par suggestion dans

l'hypnose. M. Delmas, une observation nouvelle de tremblement de nature hystérique d'origine traumatique. M. Pierre Parisot a communiqué les recherches faites par lui et le professeur Meyer sur le tremblement à l'état physiologique. M. le professeur Bernheim a fait une distinction entre le tremblement curable et le tremblement résultant d'une lésion. Sont curables les tremblements hystériques et accidentels ne datant pas de trop longtemps. La chorée hystérique est guérie par suggestion, et la vraie chorée peut être atténuée. Le paramyoclonus multiplex n'est pas toujours une affection organique et peut être enrayé. La sclérose en plaques est incurable, mais le tremblement peut être enlevé. Le tremblement posthémiplegique peut être dans quelques cas guéri par suggestion ou action suggestive de l'aimant. Les tremblements saturnin, alcoolique, de la paralysie agitante, de la maladie de Basedow, ont toujours paru à M. Bernheim réfractaires à la suggestion.

MM. Pitres et Delmas ont contesté que l'aimant n'eût, comme le pense M. Bernheim, qu'une action suggestive.

M. P. Garnier a constaté une forme de tremblement différente chez les alcooliques intoxiqués simplement par l'alcool et chez ceux qui ont absorbé des boissons convulsivantes (absinthe, amer Picon, vermouth, etc.). Chez ces derniers, il se produit une sorte de décharge musculaire, des soubresauts ataxiques, au lieu du tremblement rythmé.

M. Parant a observé un tremblement particulier de la langue chez les mélancoliques curables (mélancolie protopathique ou d'origine infectueuse). Ce tremblement ne s'observe pas dans la mélancolie de cause plus profonde, et chez les héréditaires.

Après la clôture de la discussion sur la séméiologie

des tremblements, on a arrêté le programme du Congrès de 1897 à Toulouse. A la presque unanimité des votants, M. Ritti a été désigné comme président, et le résultat du scrutin a été salué par de chaleureux applaudissements. Par acclamation, M. Paraut a été nommé secrétaire général. Sur la proposition de la Commission spéciale, les questions suivantes ont été adoptées :

1° Diagnostic différentiel de la paralysie générale ; rapporteur : M. Arnaud.

2° Hystérie infantile ; le rapporteur sera choisi par le bureau.

3° De l'organisation du service médical dans les asiles d'aliénés ; rapporteur : M. Doutrebente.

On a discuté le lieu où se réunirait le Congrès en 1898.

M. le D^r Rey avait adressé la proposition de choisir Marseille avec excursion à Aix et Mont-de-Vergues. L'idée d'aller à Marseille a été accueillie favorablement, mais la question de savoir s'il n'y avait pas inconvénient pour le Congrès de se réunir deux années de suite dans le Midi, a été soulevée.

Il n'y avait pas urgence à fixer le lieu du Congrès de 1898, et le bureau a été chargé d'examiner s'il n'y avait pas avantage à intercaler entre Toulouse et Marseille une réunion dans le nord ou l'ouest de la France.

L'ordre du jour du mardi 4 août appelait la discussion du rapport de M. Paul Garnier sur l'internement des aliénés (thérapeutique et législation). Les conclusions étaient les suivantes :

« 1° Dans l'état actuel de nos connaissances en psychiatrie, l'isolement reste comme la meilleure et la plus essentielle des mesures à appliquer, dans la plupart des cas, au traitement de la folie.

Son efficacité est d'autant plus grande qu'il est effectué à une date plus rapprochée du début de l'affection mentale ;

2° La qualification de « dangereux », appliquée à telle ou telle catégorie d'aliénés, ne suffit pas à déterminer exactement quels sont les malades qui doivent être internés à l'exclusion des autres, attendu que, d'une part, on ne saurait affirmer qu'un aliéné réputé inoffensif ne peut devenir, à un moment donné, une cause de danger, et que, d'autre part, c'est un devoir d'assistance d'hospitaliser des aliénés indigents qui, pour n'avoir pas troublé l'ordre de la rue ou menacé la vie des personnes, n'en ont pas moins besoin de ces soins spéciaux sans lesquels leur maladie s'établit, le plus souvent, à l'état chronique.

3° Les progrès réalisés en pathologie mentale et dans l'hospitalisation spéciale des aliénés tendent à la suppression à peu près complète de tous les moyens de contrainte physique, au cours de l'internement.

4° Les nécessités du traitement moral et pharmaceutique exigeraient que les malades confiés à chacun des chefs de service fussent beaucoup moins nombreux afin de pouvoir être suivis et étudiés de plus près.

5° Le traitement moral ne semble pas pouvoir prendre pour base le système de l'intimidation par la menace ou l'application d'une punition. Il emprunte sa principale valeur à l'autorité de la parole du médecin et aux manifestations d'une bienveillance affectueuse et inlassable que beaucoup d'aliénés savent encore apprécier.

6° Si l'asile moderne doit se faire riant, perdre de plus en plus le sombre aspect des établissements d'autrefois, s'annexer des exploitations agricoles et donner, dans la mesure du possible, à l'aliéné l'image de la vie sociale, à laquelle son délire a contraint de l'arracher, l'expérience n'est pas suffisamment faite relativement à l'utilité des *visites à volonté*, sans aucune réserve quant à la période et aux phases de la maladie et sans

fixation aucune de jours et d'heures, comme le voudrait une nouvelle méthode.

7° Les sorties provisoires ou à titre d'essai, dont on ne peut méconnaître les inconvénients au point de vue administratif et relativement aux manifestations de la capacité civile, présentent pourtant des avantages prédominants en permettant d'opérer une transition et d'octroyer la liberté en quelque sorte à titre conditionnel.

8° Les plus grandes réserves sont recommandées quand il s'agit d'autoriser la sortie de certains malades que la logique même de leur délire rend éminemment dangereux, les délirants persécutés, par exemple, dont les efforts de dissimulation peuvent parvenir à tromper le médecin et l'amener à croire à la disparition de conceptions morbides, alors que celles-ci se cachent seulement.

9° La diminution constatée, ces dernières années, dans la proportion des guérisons, est plus apparente que réelle, et semble due à l'encombrement de nos asiles par des chroniques dont l'incurabilité est, le plus souvent, causée par le retard apporté à leur internement.

10° La division de nos établissements spéciaux en *asiles de traitement* et en *asiles d'incurables* présente plus d'inconvénients que d'avantages et ne répond pas au progrès moderne.

Mais il importe de désencombrer les asiles des affaiblis et des séniles qui n'y sont pas à leur place et pour lesquels l'assistance doit créer des hospices que rien n'oblige à placer sous le régime de la loi sur les aliénés.

11° L'aliéné convalescent ou guéri ne doit pas être abandonné à ses propres ressources, à sa sortie de l'asile. Le surveiller affectueusement, le protéger, le secourir,

est l'œuvre qui se recommande le plus à nos institutions de bienfaisance, soit publiques, soit privées, et il y a lieu de donner un développement beaucoup plus grand à nos sociétés de patronage ;

12° La loi du 30 juin 1838, « pure dans l'intention qui l'a inspirée, bonne dans son principe, sage dans ses dispositions », a été un progrès considérable.

Les exemples de séquestrations arbitraires attribuées à ses prétendues défectuosités ne résistent pas à l'examen ;

13° Rien n'établit que l'autorité administrative et la science médicale, auxquelles cette loi attribue un rôle prépondérant, et d'ailleurs logique, dans l'internement des aliénés, aient été inférieures à leur mission contrôlée au surplus par l'intervention obligatoire de l'autorité judiciaire ;

14° Si des faits du genre de ceux que les adversaires de la loi du 30 juin 1838 ont cités, mais sans les appuyer des moindres preuves, pouvaient se produire, ils seraient imputables, non à la loi elle-même, mais à l'oubli de ses dispositions fondamentales ;

15° Le principe essentiel de la loi votée par le Sénat, portant révision de celle du 30 juin 1838, principe d'après lequel un jugement est nécessaire pour tout internement, se heurte à de considérables, sinon insurmontables difficultés d'exécution et ne semble pas devoir, dans la pratique, augmenter réellement les garanties contre la violation de la liberté individuelle, garanties d'ailleurs assurées par la stricte application des dispositions législatives en vigueur, attribuant au pouvoir judiciaire tout contrôle nécessaire ;

16° La loi du 30 juin 1838, qui suffit à garantir la liberté individuelle par les formalités requises pour l'entrée des malades à l'asile, s'est montrée plus imparfaite dans ses précautions au sujet de la sortie d'aliénés

dangereux réputés guéris, mais légitimement suspects de rechute.

Sur ce point, elle est heureusement complétée par les articles 36, 37, 38, 39 et 40 de la loi votée par le Sénat, portant création d'asiles spéciaux pour les aliénés dits criminels ;

17° Il y a lieu d'étendre, par un article additionnel, ces précautions aux délirants alcooliques récidivistes dont on ne peut assurer actuellement la guérison et contre lesquels la société ne peut efficacement se défendre. »

Dans son exposé verbal, M. Paul Garnier s'est attaché à rechercher les lacunes de la loi de 1838 qui, dans son ensemble, n'a pas cessé d'être bonne, et s'est occupé principalement de l'internement des irresponsables.

La justice désarme quand l'individu est déclaré aliéné; mais on doit se défendre contre la récidive. L'individu jugé irresponsable est mis à la disposition de l'autorité administrative, mais celle-ci n'est pas obligée d'agir. C'est une lacune de la loi. L'administration fait pour le mieux, et d'habitude l'individu est séquestré; mais dès qu'il est devenu calme, la demande de sortie est introduite, le plus souvent accordée. Tel était le cas de François qui, séquestré à la suite d'un scandale à la Chambre des députés, a été mis en liberté et vient de tirer un coup de revolver sur le passage du Président de la République. La justice, qui s'est désintéressée d'un homme sur le vu d'un rapport médical, n'a-t-elle pas le droit de voir si ce malade n'est pas un danger pour la société?

Il s'est produit des résistances contre la création des asiles de sûreté?

Il y a des individus que les Italiens appellent des demi-fous. Tantôt déclarés responsables, tantôt partiellement responsables, ils vont tantôt à l'asile, tantôt à la

prison : ils ne sont bien nulle part. Ils sont moitié malades, moitié pervers, et de la prison on les envoie au médecin, qui a la main un peu forcée. Ces individus devraient être placés dans un établissement spécial, qui serait l'asile-prison ou asile de sûreté.

32 pour 100 des individus arrêtés à Paris sont des alcooliques, et il y a tendance à l'augmentation des crimes d'origine alcoolique ; l'alcool est le facteur le plus puissant de la criminalité. Les délirants alcooliques exigent leur sortie dès qu'ils sont redevenus calmes, et ils ont alors le droit de recommencer à boire et de commettre de nouveaux attentats. M. Garnier voit ainsi à l'infirmerie de la Préfecture de police, dans la même année, quatre à cinq fois le même individu. Quand on veut conserver ces individus à l'asile, ils s'évadent et on n'a pas le droit de les réintégrer et de les maintenir séquestrés avant un nouvel accès de délire, puisqu'ils ne donnent plus de signes d'aliénation mentale. Mais si l'on peut reconnaître des lacunes à la loi, on peut aussi déclarer que la science mentale n'a pas démerité et n'a pas failli à la tâche qui lui a été donnée par les législateurs de 1838.

M. Charpentier a soutenu, comme d'habitude, qu'on étend trop la catégorie des irresponsables. Il y a une série d'individus à mettre ailleurs que dans les services d'aliénés. Pour combattre l'alcoolisme, qu'on punisse l'ivresse. Ce qui produit l'accroissement de la population des asiles, ce sont les vicieux, les misérables et les individus qu'on envoie sous l'étiquette d'aliénés.

M. Doutrebente a apporté une intéressante statistique de l'asile de Blois. L'augmentation de la folie n'est pas due à l'alcoolisme dans la Touraine. La proportion des guérisons est à Blois de 53 p. 100, et la durée du traitement est en moyenne de sept mois ; mais la durée de la maladie avant l'admission est en moyenne de onze mois.

Les admissions tardives tendent à produire des incurables, et la proportion des guérisons augmenterait si les malades étaient placés plus tôt à l'asile.

M. Taty a regretté que le rapporteur ait rejeté la division des établissements en asiles de traitement et en asiles d'incurables; il serait plus exact de dire : hôpitaux de maladies mentales aiguës, hôpitaux de maladies mentales chroniques. L'argument contre cette division est fondé sur un sentiment humanitaire, mais l'intérêt général est d'augmenter le nombre des guérisons. On peut invoquer aussi, contre la division, des difficultés économiques et législatives. C'est une économie mal entendue de ne pas chercher à diminuer le nombre des incurables. Pour répondre à son but, l'hôpital des maladies mentales aiguës devrait être ouvert très largement, et la réforme législative est peut-être moins grave qu'on pourrait le croire au premier abord; car il suffit de développer ce qui est prévu à l'article 19 de la loi 1838 sur les pouvoirs du maire en cas d'urgence.

J'ai exposé que je partageais l'avis du rapporteur sur la plupart des points. M. Garnier, sans l'avoir formulé dans ses conclusions, incline à penser qu'on augmenterait les garanties de la loi en exigeant pour les placements volontaires deux certificats au lieu d'un, comme en Angleterre. Cette opinion est très contestable, car ce qui fait la valeur du certificat c'est la compétence du certificateur, et deux certificats de médecins n'ayant pas étudié les maladies mentales ne valent pas mieux qu'un. La garantie à chercher est de demander des connaissances spéciales au médecin pour que son certificat soit valable. En ce qui concerne les asiles de sûreté, je ne dirai pas asile-prison, car ce sont deux termes en opposition l'un avec l'autre; il y a des réserves à faire. Le paralytique dont on a méconnu l'état avant de l'arrêter pour un flagrant délit, parfois même condamné par

erreur, ne sera pas à sa place dans de semblables établissements : car on n'a pas besoin pour ces malades de mesures spéciales. Il ne faudrait pas demander indistinctement l'admission dans un asile de sûreté de tous les malades pour lesquels la justice a eu à intervenir. Enfin, M. Garnier a eu raison de préconiser le développement des sociétés de patronage pour les aliénés. La caisse de secours fondée, il y a quelques années, pour les aliénés nécessitentx sortant des asiles d'aliénés de la Seine-Inférieure, n'a pas cessé de rendre des services et est en voie de prospérité.

M. Rouby a lu une note sur l'internement des aliénés en Angleterre et M. Marie sur les colonies familiales.

M. Bourneville est intervenu dans la discussion, disant que l'internement des aliénés s'impose et doit se faire dans le plus grand nombre des cas à l'époque la plus rapprochée du début. Le placement précoce est une économie et on doit protester contre les dépôts provisoires des aliénés. En ce qui concerne la création d'asiles pour aliénés criminels, il faut établir une distinction. Il y a les criminels devenus aliénés. Ici, il n'y a pas de doute, il faut pour eux des établissements spéciaux. Il y a les aliénés devenus criminels, et ils sont à laisser dans les asiles. Avant de créer des asiles pour les incurables et les alcooliques, il faut faire face au traitement des aliénés de toute catégorie, et quant aux séquestrations illégales, ce n'est pas dans les asiles publics qu'elles existent, mais dans les convents.

M. Vladimir Serbski a demandé si l'on expérimentait en France le traitement des aliénés au lit, système qui paraît avoir donné de bons résultats en Allemagne et en Russie.

MM. Lapointe, Delmas, Seeligmann, Régis ont encore pris part à la discussion qui, après une réponse de

M. Garnier, a été close par l'adoption des conclusions du rapport.

La séance de l'après-midi a été complétée par une série de communications dues à l'initiative individuelle.

M. Doutrebente a fait l'histoire de l'hospitalisation des aliénés épileptiques et idiots en Loir-et-Cher, de 1789 à 1827.

M. Pichenot a apporté une observation curieuse d'hyperostose crânienne chez une femme épileptique, joignant à son exposé la pièce anatomique, des épreuves photographiques et un moulage de la tête.

M. Régis a lu un mémoire fait avec la collaboration de M. Pitres et intitulé : La phobie de la rougeur. Chez certains individus, l'idée d'avoir rougi, trouble, fait rougir de nouveau. Cette préoccupation rend misanthrope, parfois donne l'idée de la mort. Ces faits ne sont pas exceptionnels. Chez les uns, le phénomène est passager; chez d'autres, il est permanent. MM. Pitres et Régis ont observé huit cas typiques de cette phobie de la rougeur; sept hommes et une femme. Les sept hommes avaient des antécédents héréditaires, étaient neurasthéniques; six étaient âgés de vingt à trente ans; le septième avait trente-sept ans. On observe des crises d'intensité variable, rarement d'autres obsessions. Les malades mettent tout en œuvre pour éviter de rougir ou pour dissimuler leur rougeur. Quelques-uns même se mettent à boire. Cette tendance à rougir apparaît généralement dès l'enfance; mais la préoccupation qui constitue la phobie ne se montre qu'à la puberté.

M. Rouby rapporte l'observation d'une malade atteinte d'hallucinations de l'ouïe et présentant des analogies avec M^{lle} Conesdon. La malade de M. Rouby tenait ses conversations avec l'ange Raphaël, au lieu d'être en relation, comme M^{lle} Conesdon, avec l'ange Gabriel.

La journée du mardi a été terminée par le traditionnel

banquet par souscription du Congrès. Comme d'usage, les dames y étaient admises et la gaieté n'a point fait défaut. L'absence des autorités invitées a été remarquée. M. le préfet de Meurthe-et-Moselle s'était montré trop gracieux avec nous pour qu'on pût avoir le moindre doute sur l'empêchement qui nous privait de sa présence; mais, ce qui était au moins singulier, c'est qu'aucun adjoint n'ait pu venir à la place du maire, en villégiature, pour représenter la municipalité. Nous n'avions d'ailleurs aucun représentant de la ville de Nancy au déjeuner offert par l'asile de Maréville et présidé par le préfet du département.

Les travaux du Congrès ont été continués, le mercredi matin, par la lecture des mémoires d'initiative individuelle. M. Vallon a fait une communication sur un délire de persécution à double forme. On connaît les persécutés raisonnants sans hallucination (type Falret) et les persécutés hallucinés (type Lasègue); ces deux types ont une évolution bien tranchée. Dans ces derniers temps, M. Vallon a observé, pour la première fois, un malade qui réunit les deux types.

MM. Spillmann et Étienne ont communiqué une observation de paralysie générale, à évolution irrégulière, survenue chez un employé de droguerie, à la suite d'une intoxication suraiguë extrêmement grave par les vapeurs d'huile d'aniline. Au début, ictus apoplectique, cyanose, état de collapsus, pouls ralenti et très faible, pupilles dilatées, puis, quelques jours plus tard, persistance d'une teinte verdâtre de la peau et coloration noire des urines. Dès ce moment, les troubles psychiques et moraux apparurent et aboutirent à l'état actuel, caractérisé par des ictus apoplectiques répétés, des troubles de l'intelligence, de la parole, de la mémoire, des sentiments affectifs, entrecoupés de rémission très marquée.

Autre communication de M. Etienne. Paralyisie faciale d'origine capsulaire. Il s'agit d'un cas de monoplégie faciale avec déviation conjuguée de la face et des yeux, sans aphasie ni surdité verbale, motilité conservée dans les membres, pas de troubles de sensibilité; quelques jours après, troubles de respiration, mort dans le coma. A l'autopsie, on ne trouva, pour expliquer ces phénomènes, qu'une destruction profonde de toute la partie antérieure de la capsule blanche interne due à une hémorragie. Comparant cette lésion à celle qu'a signalée M. Parisot (partie postérieure du faisceau géniculé), l'auteur en conclut que le passage du faisceau facial n'est pas identique chez tous les individus.

M. Haushalter a présenté des crânes et des cerveaux d'hydrocéphales. M. Pierre Parisot a lu un mémoire intitulé : De quelques troubles psychiques, et particulièrement de la transformation de la personnalité au cours de la démence sénile. Ses conclusions sont :

1° Des troubles psychiques indépendants de toute vésanie peuvent se produire au cours de la démence sénile.

2° Ces troubles (transformation de la personnalité, conceptions délirantes, actes anormaux) sont dus à la reviviscence d'états psychiques antérieurs sous l'influence d'une véritable suggestion spontanée ou provoquée. Ils offrent des caractères particuliers qui permettent de les distinguer du délire vésanique proprement dit.

3° Un certain degré d'involution sénile du cerveau peut réaliser les conditions d'auto-suggestibilité qui donnent lien à ces troubles psychiques.

MM. Pierre Parisot et Lévy ont recherché la toxicité urinaire dans la démence sénile. Leurs conclusions sont :

1° Dans les cas de démence sénile simple, c'est-à-dire sans délire, que nous avons observés, la toxicité urinaire

a varié dans de notables proportions sans que le fonds dementiel en ait été influencé;

2° Dans nos cas de démence sénile avec délire vésanique (maniaque ou hypochondriaque), l'apparition du délire a toujours été précédée d'un abaissement notable de la toxicité urinaire, abaissement qui nous a permis de prévoir, à plusieurs reprises, la réapparition des accès délirants.

M. Bernheim a présenté une aphasique qui, sans hésiter, récite une prière ou chante une chanson, et qui, dans la conversation, ne trouve pas ses mots. La parole automatique persiste, mais la parole volontaire est lésée. Cette malade, étant suggestible, a été mise, sur l'ordre donné, en sommeil hypnotique. A sa communication M. Bernheim a joint la présentation de trois cerveaux d'aphasiques en donnant l'observation des malades, ce qui permettait de rapprocher des symptômes les lésions constatées à l'autopsie.

M. Régis a lu une note sur l'association de la paralysie générale et de la neurasthénie, et sur le diagnostic différentiel des deux affections, diagnostic qui présente parfois des difficultés.

Dans la discussion qui a suivi cette communication, M. G. Ballet a insisté sur les modifications pupillaires, auxquelles il faut attacher une grande importance. L'inégalité pupillaire n'est pas pathognomonique de la paralysie générale; mais la paralysie pupillaire a une grande valeur pour le diagnostic et ne se rencontre pas dans la neurasthénie.

M. Francotte a communiqué ses observations sur le sulfate de duboisine comme moyen de combattre le refus des aliments chez les paralytiques généraux. Il avait employé avec succès le médicament contre l'agitation des paralytiques généraux, et a réussi, chez plusieurs paralytiques en stupeur, refusant les aliments, à

faire cesser la sitiophobie, en injectant un tiers de seringue d'une solution titrée à 4 p. 1000. Le sulfate de du-boisine est resté sans effet dans le refus d'aliments lié à d'autres formes d'aliénation mentale.

M. Lamacq a apporté une observation dans laquelle des crises de névralgie alternaient avec la migraine et étaient suivies, comme dans la migraine, d'anorexie et de torpeur cérébrale. Ces crises sont considérées par lui comme les équivalents de la migraine.

M. Laurent a donné un aperçu d'un volumineux mémoire sur les troubles psychiques de l'opium fumé, et a rendu compte d'une excursion faite par lui à Tilly.

M. Bourneville a présenté une série de tracés sur la température, le poids et la taille d'enfants myxœdémateux et d'idiots atteints de nanisme ou d'obésité. La médication thyroïdienne a produit l'augmentation de la taille.

L'ordre du jour ayant été épuisé dans la matinée, le professeur Pitres, président, après une courte allocution, a déclaré la session close.

Le programme comportait encore une excursion extra-médicale, la visite d'un grand établissement métallurgique (forges de Pompey) et une réception à l'hôtel de ville de Nancy. La plupart des membres du Congrès se sont retrouvés pour consacrer l'après-midi de mercredi à l'excursion des forges de Pompey, dont l'un des chefs de ce grand établissement nous a fait les honneurs.

La métallurgie s'écarte un peu trop des questions traitées dans les *Annales médico-psychologiques* pour que je puisse raconter ce que nous avons vu, et je me bornerai à dire que la visite faite a été fort intéressante, par moment même émouvante, et que nul n'a regretté sa journée.

Au retour de Pompey, la dislocation s'est produite.

Peu d'entre nous avaient pu accepter l'invitation de nous joindre le lendemain, dans la soirée, aux membres du Congrès de médecine interne, pour prendre part à la réception offerte à l'hôtel de ville de Nancy. La municipalité avait voulu fondre en une seule la réception offerte aux deux Congrès et avait pris une date moyenne. Nos travaux étant terminés, il fallait prolonger notre séjour de vingt-quatre heures, et c'était peu pratique, à moins d'être inscrit pour les deux Congrès.

Et maintenant, rendez-vous le 2 août 1897 à Toulouse. Nos confrères et amis Parant, Dubuisson et Noguès nous promettent une brillante session dans le pays d'Esquirol, non loin de la place Esquirol, et sauront répéter à nos collègues : Pas d'abstention.

A. GIRAUD.

Pathologie

L'ALIÉNATION MENTALE

CHEZ LES ARABES

ÉTUDES DE NOSOLOGIE COMPARÉE

Par le Dr MEILHON

Ancien médecin-adjoint de l'asile public d'aliénés d'Aix,
Médecin préposé responsable de l'asile d'aliénés de Montauban.

Suite (1)

FOLIE KIFFIQUE

Le kiff est extrait du chanvre indien ; il est la préparation de cette plante destinée à être fumée, comme le haschich en est la préparation destinée à être mangée. On l'obtient en faisant sécher la plante ; lorsque la dessiccation est complète, on la coupe par petits morceaux et on la passe au tamis ; ce qui filtre à travers les mailles du tamis constitue le kiff ; pour le livrer à la consommation on y ajoute d'habitude un cinquième de tabac fort. Le kiff est fumé dans de petites pipes en terre, et successivement par plusieurs personnes qui se font passer la pipe à tour de rôle ; deux ou trois bouffées suffisent pour alourdir l'intelligence, même pour ceux qui sont habitués à fumer le kiff.

(1) Voir les *Annales* de janvier-février, mars-avril, mai-juin et juillet-août 1896.

Il en est fait par les Arabes une très grande consommation, et c'est un excitant qui vient le plus souvent ajouter ses effets à ceux de l'alcool ; aussi, pour quatre cas d'intoxication uniquement dus à l'abus du kiff, avons-nous 11 malades chez lesquels nous trouvons un mélange des deux intoxications. Encore ces quinze cas de folie kiffique sont-ils loin sans doute de nous donner une idée de la fréquence de cette affection chez les indigènes ; « presque tous les musulmans, dit Moreau (de Tours), mangent du haschich, et cependant il est très rare de rencontrer des individus chez lesquels il ait produit de désastreux effets ». Cette opinion toute gratuite ne répond pas à la réalité des faits, et le nombre de nos malades prouve déjà suffisamment que ce n'est pas impunément que l'Arabe s'adonne à cette funeste habitude. Le D^r Kocher, qui a relevé dix cas de folie kiffique dans l'espace de seize ans, pense également que ce chiffre doit être beaucoup plus élevé que ne l'indique sa statistique. « Aux Indes, près des deux tiers des cas de folie reconnaissent pour cause l'abus du haschich ; d'après un compte rendu des cinq asiles d'aliénés du Bengale pour les années 1864-1867, sur 2,283 aliénés, 878 l'auraient été par suite de l'abus du chanvre indien. » (*Egypte et Palestine*, p. 342, cité par Kocher.)

Dans une communication à la Société de psychiatrie de Berlin (séance du 11 juillet 1882), M. von Steinen rapporte que sur 1,187 malades en traitement dans les asiles de la province du Bengale, l'étiologie concerne la consommation du chanvre pour 327, les spiritueux pour 40, l'opium pour 10. La guérison ou l'amélioration porte sur plus de 80 p. 100 des admis, et ce résultat doit être attribué, selon les médecins anglais, à la prédominance des psychoses par abus du chanvre indien, mauies d'un pronostic favorable.

Déjà, au moyen âge, le haschich paraît avoir joué un

grand rôle, s'il est vrai surtout que le Vieux de la Montagne faisait manger du haschich à ses adeptes pour les plonger dans l'extase et les pousser au crime (d'où le mot assassin, *haschaichi*).

Cette intoxication devait attirer l'attention des aliénistes, et nous trouvons, en effet, des descriptions magistrales de ses effets dans Moreau (de Tours), Brierre de Boismont, Voisin, Rech (de Montpellier), etc. Théophile Gautier a publié dans la *Presse* du 10 juillet 1843 un article plein d'humour et de charme descriptif où il nous dépeint, sous un coloris des plus vifs, les effets du poison sur lui-même et ses compagnons. Après des maîtres aussi autorisés dans la médecine et dans les lettres, nous n'entreprendrons pas de décrire l'ivresse causée par le haschich ; du reste, il ne nous a pas été donné d'observer les phases aigües de l'intoxication ; nos malades sont des intoxiqués chroniques, et le sujet est assez nouveau pour qu'il suffise à notre tâche ; il est certain, du reste, que dans l'état chronique on retrouve des vestiges du délire primitif.

Il est un symptôme qui nous paraît dominer tous les autres dans l'empoisonnement par le kiff et sur lequel les auteurs n'ont peut-être pas suffisamment insisté ; nous voulons parler de l'éréthisme génésique avec tendance aux actes obscènes et impudiques. On a bien signalé comme un phénomène fréquent les sensations voluptueuses ; mais il ne s'agit pas ici de l'homme sain, qui se procure pour un instant une ivresse voulue, mais bien d'un malade dont les facultés intellectuelles, à la suite d'excès répétés, ont déjà, sinon tout à fait sombré, du moins considérablement fléchi. Le premier ne perd jamais connaissance, se rend compte de la nature factice de ses hallucinations fantastiques, et il les écarte ou les rappelle à volonté suivant qu'il ferme ou qu'il ouvre les yeux ; celui-ci, au contraire, est déjà un aliéné, et, s'il

vient à éprouver des sensations voluptueuses, il aura une tendance fatale à les traduire en actes et il sera conduit à ces obscénités qui sont véritablement pathognomoniques de l'empoisonnement chronique par le kiff. Ce symptôme ne fait défaut dans aucune de nos observations.

Obs. LIV. — Mad... bel h... ah..., Arabe, né à Alger, entré à trente ans, en septembre 1879. Renseignements : grand fumeur de kiff, a été arrêté en complet état de nudité sur la voie publique, en extase, faisant des gestes obscènes. Il est malade depuis trois mois et a déjà eu plusieurs accès antérieurs ; à l'hôpital de Mustapha on signale de l'extase, des hallucinations voluptueuses et autres : monte à volonté jusqu'au septième ciel ; très doux jusqu'à ce jour, mais divagant. Le Dr Battarel le fait transférer à l'asile sous le diagnostic : délire avec hallucinations par suite d'abus du kiff.

Arrivé à l'asile, il tombe en extase pendant des heures entières, parle peu, refuse de répondre, et il s'exciterait si on insistait. En 1881, on note de la surexcitation et il déchire ses vêtements ; puis avec de l'agitation bien accusée, et tandis qu'il n'est plus question d'extase, sont signalées des idées franches de persécution (il croit qu'on se moque de lui) et plus tard des hallucinations de la vue. En 1884, il obéit à une hallucination sous l'influence de laquelle il brise plusieurs vitres à coups de soulier et se montre menaçant à l'égard des surveillants : c'est Mahomet qui lui apparaît et lui commande d'agir ainsi. Ses facultés intellectuelles s'affaiblissent progressivement, et en 1888 il nous paraît presque dément, sans initiative, apathique, indifférent à ce qui l'environne, incohérent ; il ne répond pas directement à nos questions, s'isole, ne cause à personne, mais parle seul et rit à tout propos ; il est tranquille et n'est pas méchant, sa tenue est assez convenable ; il se rend compte même qu'il est interné depuis neuf ans ; il manifeste cependant par intervalles quelques accès de légère agitation.

L'extase, les hallucinations voluptueuses de ce malade qui « montait à volonté jusqu'au septième ciel », sa gaieté exubérante jointe à sa salacité et à une scène de nudité sur la voie publique, ce sont bien là les traits

principaux de l'intoxication par le kiff; admis à l'hôpital de Mustapha le 14 août 1879, il présentait encore le 9 septembre suivant des vestiges de son délire toxique au moment de son entrée à l'asile; mais l'élément kiffique ne tarde pas à disparaître, des idées de persécution surviennent avec des hallucinations de la vue de nature mystique; le malade se livre à des violences sur son entourage et il tombe enfin dans cet état de pseudo-démence, d'hébétude et d'abrutissement mental qui constitue le dernier terme de toutes les folies toxiques.

OBS. LV. — H... ben K..., Arabe, entré à vingt ans, en août 1882. A fait des abus du kiff, et vient de la prison où il était inculpé de meurtre. A l'hôpital de Mustapha il avait de l'hébétude, des rires sans sujet, des divagations, des périodes d'extase pendant lesquelles il restait des heures entières à la même place avec un air heureux; il accusait aussi des hallucinations. A l'asile, où il fut sans doute observé d'une façon trop superficielle, on ne signale que de l'hébétude, sans rechercher les symptômes kiffiques. Quand nous le voyons, en 1888, nous le considérons comme un débile, proche de l'imbécillité, sans autre symptôme de dégénérescence que du bégaiement; il parle seul jour et nuit, rit aux éclats d'une façon continue, est malpropre, se masturbe, cherche à assouvir ses instincts de sodomie et se livre aux actes les plus obscènes; son langage est presque incompréhensible; il est cependant possible de comprendre dans ses récits qu'il a tué un grand Arabe qui venait pour le voler; le plus souvent il faut lui parler par des signes.

Ce malade est loin d'avoir manifesté la douceur signalée par la plupart des auteurs dans l'empoisonnement kiffique, puisqu'il fut mis en prison pour meurtre; il est vrai que le crime peut être imputé à une impulsion plus ou moins consciente tenant à l'état de dégénérescence mentale dont il était certainement frappé.

Le rire continu de ce malade (et c'est encore là un effet de l'abus du chanvré indien), nous le retrouvons à l'état de fou rire chez le malade suivant, avec les mêmes

actes impudiques, les voies de fait, les perversions sexuelles et même une période de mutisme obstiné avec dépression intellectuelle relevant aussi du délire kif-fique.

Obs. LVI. — Sal... ben Kass..., Arabe, journalier, célibataire, entré à trente-cinq ans en 1879; il fut arrêté à Blidah en état de vagabondage et se portant à des voies de fait et à des actes impudiques; à Mustapha il se montre docile, mais déprimé, et il observe un mutisme obstiné qu'il n'interrompt que pour demander du tabac à fumer. On l'évacue sur l'asile d'aliénés; son agitation y devient parfois très violent. En 1880, il est signalé comme étant d'une gaieté incessante et riant à tout propos; un jour il prétend avoir mangé de la noix muscade qui l'aurait rendu fou. Quand il nous est donné de l'observer, nous trouvons en lui un agité, méchant, impulsif, querelleur, pédéraste, onaniste, désordonné, malpropre; il rit aux éclats, parle continuellement seul avec la plus grande incohérence, et se montre dangereux; il nous avoue qu'il fumait beaucoup de kif.

Le quatrième malade a plus d'une analogie avec les précédents, mais les renseignements fournis sur son compte sont peut-être trop incomplets.

Obs. LVII. — Sal., ben Moh..., Arabe, s. p., célibataire, né à Ouled-el-Aziz (Alger), entré à vingt ans en 1887. Il vivait en vagabondage; ses hallucinations de l'ouïe, ses chants, ses cris nocturnes, son incohérence, sa gloutonnerie, son oubli de tout sentiment de la pudeur, l'ont fait évacuer de l'hôpital sur l'asile d'aliénés. Il parle français et nous avoue qu'il fumait beaucoup de kif, mais qu'il ne buvait pas; il répond du reste assez bien, mais semble peu intelligent; il est dans un état d'excitation légère et continue; les hallucinations semblent absentes, mais il ne cesse de chanter et de crier pendant des journées entières; il fait le bon garçon, joue continuellement, gesticule, donne la comédie à ses camarades et cherche à les dérider par ses séances de danses extravagantes; il a des habitudes d'onanisme. Il n'est pas méchant, fréquente peu les Arabes et préfère la société des Français; nous le considérons comme un débile avec de l'excitation maniaque.

Remarquons que ces quatre kiffiques sont des Arabes. Les Kabyles sont décidément moins portés à adopter nos vices et échappent à ce besoin d'excitation factice que nous retrouvons dans toute société civilisée ; n'avons-nous pas déjà vu qu'on ne comptait parmi eux aucun alcoolique ?

L'Arabe qui fume le kiff n'est pas éloigné, cela va sans dire, d'abuser des liqueurs spiritueuses, on plutôt l'alcoolique doit, par la nature même des choses, avoir une certaine tendance à se procurer les délices de l'intoxication kiffique ; et c'est ainsi qu'on peut voir, dans toutes les grandes villes de l'Algérie, des cafés maures occupés par des Arabes couchés sur des nattes, fumant du kiff et buvant de l'absinthe ; d'où, lorsque la folie survient, des formes d'aliénation réunissant les symptômes des deux intoxications et dans lesquelles il est parfois possible de discerner ce qui appartient en propre à chaque excitant.

OBS. LVIII. — Moh... ben Am..., Arabe, né à Alger, entré à quarante ans en 1869. Ce malade qui entre à l'asile, pour la seconde fois, vient de l'hôpital de Mustapha où il a fait cinq séjours différents ; il a subi aussi une condamnation pour vol ; c'est un fumeur de kiff ; il vagabonde, vole souvent et se fait arrêter en excipant lui-même de son état de folie ; il mendie en état de nudité sur la voie publique. Il arrive à l'asile avec de l'agitation maniaque ; il s'améliore tout d'abord, puis l'agitation reparaît par intermittences. En 1878, on signale des hallucinations de la vue et une tendance à tourmenter les autres malades. En 1881, il devient criard, tapageur, ramasse tout ce qu'il trouve, se lève la nuit et tend à la démence. Quand nous l'observons, la démence s'est définitivement installée ; il nous avoue qu'il fumait beaucoup de kiff et buvait parfois jusqu'à dix et vingt verres d'absinthe ; il se croit à Alger, rue de la Casbah, dans une maison où il y a beaucoup de ménages ; il parle seul, gesticule, rit, paraît content de son sort, s'attend sans cesse à recevoir de l'argent, du tabac, des confitures ; il est propre, tranquille, ne s'agite plus, n'a pas de mauvais instincts.

Le fait d'avoir été rencontré en état de nudité sur la voie publique doit être imputé, comme dans les observations précédentes, au chanvre indien, et il nous paraît qu'on doit mettre sur le compte de l'alcool les rentrées fréquentes à l'hôpital de Mustapha, l'agitation maniaque, le contentement béat de soi-même et les idées vagues de richesses accusées par ce malade.

Les hallucinations visuelles fantastiques de l'observation suivante et cette sensation d'enlèvement dans le vide relèvent aussi du délire kiffique, bien différent en cela du délire alcoolique dans lequel le malade éprouve la sensation contraire de chute dans des précipices, tandis que les autres hallucinations de la vue pourraient bien, malgré les dénégations du malade, tenir à l'empoisonnement éthylique ; il s'agit encore ici d'un aliéné homicide.

Obs. LIX. — Ferr... ben Maz... Arabe, journalier, né aux Ouled-Driss, entré à trente-cinq ans en juillet 1885.

Renseignements : condamné à mort par contumace pour homicide pendant l'insurrection de 1871, vient de la prison civile où il est resté quelque temps. On signale à l'hôpital : cause inconnue ; mutisme, immobilité, inconscience du temps et des lieux, indifférence à l'alimentation sans refus, ne change de place que contraint et forcé, reste couché ; dès qu'on lui parle, fait entendre un mouvement labial continu ; à surveiller au point de vue de la simulation.

A l'asile, il observe d'abord le mutisme le plus absolu, se montre triste, concentré et halluciné de la vue. En 1887, il se met à parler, accuse une religiosité exagérée, prie toute la journée, moralise ses coreligionnaires et se plaint souvent de maux imaginaires ; à cette époque, il nous explique la cause de son mutisme d'autrefois : c'était le diable qui, par la pression énergique qu'il exerçait sur ses mâchoires, lui avait enlevé l'usage de la parole ; il ajoute qu'il voyait des flammes, se sentait transporté dans le vide, et entendait des voix qui s'exprimaient en plusieurs langues ; ses facultés intellectuelles sont affaiblies, et en particulier la mémoire ; il ne se rappelle pas, ou peut-être feint-il ne pas se rappeler avoir participé à l'insurrec-

tion de 1871, est déprimé, triste, peu communicatif, sans cesse préoccupé de sa santé, et il demande souvent à entrer à l'infirmerie pour des maux imaginaires. Quelque temps après, il précise encore ses déclarations : il n'a pu prendre part à l'insurrection de 1871 puisque, à cette date, il était à Aumale occupé à travailler la terre ; ou peut-être ne se le rappelle-t-il pas parce qu'il était fou ; à ce moment, en effet, il voyait s'approcher de lui un astre, comme le soleil ou la lune ; il montait dessus et se sentait ainsi enlevé dans les airs, si bien que, sans le savoir, il se trouva un jour à Tunis. Dans une autre circonstance, il vit se dresser devant lui un homme grand comme un chameau ; cette apparition, dont il ne pouvait se débarrasser, lui donna une telle peur qu'il partit sans savoir où il se dirigeait ; des gens qu'il n'a jamais pu voir lui fermaient la bouche, l'empêchaient de faire la prière, lui commandaient de se précipiter au bas de la montagne, et cet ordre il l'a parfois exécuté passivement ; ils lui parlaient en plusieurs langues ; ces voix, il ne les entend plus, mais il croit toujours à leur réalité. Ce malade nous avoue avoir parfois fumé du kiff, mais il prétend qu'il ne buvait pas. Il est tranquille et n'a pas de mauvais instincts.

Dans l'observation suivante, il s'agit surtout d'un alcoolique, et le kiff ne paraît pas avoir donné une imprégnation spéciale au délire. Le suicide a bien été signalé dans le haschischisme ; mais, outre que le suicide est très rare chez les Arabes, ces tendances nous semblent, pour le malade qui nous occupe, devoir être attribuées à l'alcoolisme.

Obs. LX. — S... ben... Moh... ou el h..., Kabyle, né à Béni-Aïcha (Constantine), berger, marié, entré à trente-deux ans, en juin 1887. Prévenu de tentative d'incendie d'une forêt, il a bénéficié d'une ordonnance de non-lieu comme aliéné ; hérédité probable ; il est malade depuis quelques mois et accuse de la tristesse, des idées de persécution, des tendances au suicide, des hallucinations de l'ouïe. Il arrive à l'asile déprimé, triste, porté aux larmes, et raconte qu'il sent un crapaud lui traverser le ventre. Il nous avoue, quelque temps après, qu'il fumait le kiff et buvait jusqu'à quatre et cinq verres d'absinthe par jour ; il

nie avoir mis le feu à une forêt ; ce sont les Arabes qui l'ont allumé, et c'est sous le coup de cette accusation fausse que, de désespoir, il a tenté un jour de se suicider ; du reste, les Arabes lui en veulent ; un jour, couché dans la campagne, il en vit deux qui se battaient et qui lui donnèrent ensuite des coups de pierre. Le crapaud qu'il a dans le ventre, ce sont deux Arabes de la maison qui le lui ont fait avaler en le mêlant à sa soupe ; il le sent remuer, se cramponner à son estomac et en manger les parois ; il ne veut pas qu'on l'en débarrasse parce qu'il en mourrait.

Ce malade, déprimé, toujours un peu triste, crie jour et nuit, parle seul en faisant des signes, s'isole ; il mange bien, est propre, n'a plus d'idée de suicide, pas de mauvais instincts et n'est pas méchant ; il est toujours très préoccupé de sa santé.

L'observation LXI nous semble également tenir beaucoup plus de l'alcoolisme que du kiffisme.

OBS. LXI. — Ou... ben Dj..., Arabe, né à Oued-Zitoun (Alger, Milianah), journalier, entré à quarante ans, en 1887. Renseignements : fumait du kiff ; la maladie remonterait à plusieurs semaines et se caractériserait par de la manie aiguë avec agitation, indocilité, cris, chants, hallucinations de l'ouïe et de la vue, terreurs nocturnes, malpropreté. A l'asile nous portons le diagnostic d'alcoolisme chronique, le malade avouant, du reste, qu'il voyait des bêtes et qu'il avait abusé du kiff et de l'absinthe. Il ne tarde pas à s'améliorer et peut s'occuper à quelques travaux de ménage ; mais il continue à parler seul, à gesticuler. En 1888, l'agitation reparaît ; il gesticule, sourit à tout propos, prêche ; les idées religieuses dominent la scène. En 1889, il nous avoue qu'il fumait du kiff, mais non pas par habitude, tandis qu'au contraire il buvait beaucoup d'absinthe ; il en alignait sur une table sept ou huit verres et, au commandement de « fixe », il les buvait successivement ; sous cette influence, il devenait méchant en paroles, mais, dit-il, jamais en actes. Ses facultés sont affaiblies, il est parfois très incohérent et ne répond pas toujours directement aux questions de l'interprète ; de plus, il entre souvent, sous l'influence de ses hallucinations, dans de violentes colères. Il a un génie qui l'inspire et le fait prêcher tantôt en juif, tantôt en arabe ; ce génie, du reste, est composé de deux êtres, un Juif et un Arabe, qui

sont sous ses ordres et obéissent à ses commandements ; chaque fois qu'il sent l'odeur de l'oignon, son génie arrive, et aussitôt le vertige s'empare de lui, la tête lui tourne, et il se met à prêcher. Ce malade ajoute qu'il est très puissant, qu'il commande les armées, qu'il est général; on lui a dit qu'il serait décoré. Il n'a pas de mauvais instincts.

L'observation LXII se rapproche par quelques traits de l'affection décrite par Charcot sous le nom de maladie des tics convulsifs.

OBS. LXII. — Moh... ben Dj..., Arabe, entré à trente ans, en novembre 1888. Fumeur de kiff et alcoolique, il fut amené à l'hôpital de Mustapha par le service de la police après s'être porté à des voies de fait contre un officier de l'intendance qui, a-t-il dit, lui refusait du tabac ; il s'y montre agité, casse le mobilier, déchire ses vêtements, mais sans fureur, menace quand on ne lui donne pas ce qu'il veut, répond à la plupart des questions par des demandes de tabac et de vermouth ; parfois l'agitation alterne avec le mutisme le plus complet ; il est malpropre ; sa vigueur exceptionnelle et ses tendances agressives ont nécessité des moyens de contention. Antécédents inconnus.

A l'asile, il arrive sous le coup d'un abrutissement alcoolique évident, répond d'une façon évasive aux questions que nous lui adressons, frappe sans motif plusieurs malades, et tout d'abord nous paraît halluciné. Bientôt nous ne tardons pas à nous convaincre que c'est le malade le plus impulsif de la maison : ainsi quand il est peu agité, il accuse un véritable tic avec impulsion obsédante et dont il ne peut se défendre, celle de toucher gardiens ou malades avec une partie quelconque de son corps, le plus ordinairement avec le thorax ; s'il est au contraire franchement agité, il frappe quiconque se trouve sur son chemin, gardiens ou malades, et cela sans motif, à coups de poing, à coups de pied ; ou bien il brise les vitres ; on ne compte plus celles qu'il a cassées. Parfois, assis dans le chauffoir, il prend subitement la course, parcourt le préau à toutes jambes, et revient s'asseoir à la place qu'il a quittée. Ce malade a le cachet de l'abrutissement alcoolique, ne cause à personne, remue les lèvres sans articuler, est débraillé, se déshabille. Il nous dit qu'il est riche, il a tant d'argent qu'il ne peut le compter. Il sourit,

paraît content de lui, n'a pas de mauvais instincts. L'agitation persiste encore avec les impulsions signalées quand nous le quittons en 1891.

Les deux observations suivantes se rapportent à des alcooliques peu touchés par l'intoxication kiffigue.

OBS. LXIII. — Am... ben Emb..., berger, Arabe, célibataire domicilié à Chansel, arrondissement de Bône (Constantine), entré à trente-cinq ans, en 1880. Il vient de la prison d'Alger où il purgeait une condamnation à trois mois de prison pour vol, coups et blessures. Le D^r Battarel constate chez lui « de la manie aiguë à forme furieuse en récidue », et l'évacue sur l'asile d'aliénés. Là, il se montre agité, impulsif et méchant, déchire, ramasse tout ce qu'il trouve, se lève la nuit, cherche querelle à ses voisins, se bat avec eux ; il se déshabille, crie, frappe les surveillants. Cet état d'agitation tend à se calmer sous l'influence du séjour dans l'asile ; il cesse de déchirer, et sa tenue devient convenable, mais c'est toujours un instinctif ; il parle seul dans un langage grossier et ordurier, s'agite par intervalles, insulte ses camarades et les frappe. Ses facultés se sont affaiblies, et parmi ses incohérences nous distinguons qu'il ignore absolument où il se trouve ; il reconnaît avoir frappé un Arabe, mais se défend de toute imputation de vol ; il se dit riche, il a beaucoup d'argent, beaucoup de troupeaux ; s'il frappe les surveillants, c'est qu'ils lui volent son argent et l'empêchent de sortir ; il nous raconte avoir fumé du kiff, et avoir parfois, avec un camarade, vidé une bouteille d'absinthe. Ce malade tend à la démence.

OBS. LXIV. — Ah... bel h... Abd..., Arabe, célibataire, s. p. né à Alger, entré à vingt ans, en août 1888. Renseignements : amené à l'hôpital à la suite de violences exercées sur sa mère, sa grand'mère et ses voisins ; malade depuis plusieurs semaines, agitation, excitation, hallucinations de l'ouïe, on dit du mal de lui, maltraite son entourage, violent, sournois, évasif, malpropre, gâteux, refuse la nourriture, ne mange qu'après qu'on a mangé avant lui de son plat ; terreurs nocturnes ; vigoureux, moyens de contention nécessaires. Il entre à l'asile sous le diagnostic d'alcoolisme avec bouffissure de la face, tremblement des mains, hallucinations de la vue. Interrogé, il nous raconte qu'il fumait beaucoup de kiff et buvait jusqu'à quatre et

cinq verres d'absinthe par jour ; il se croit actuellement à Marseille ; il a le masque de l'hébétude alcoolique, est déprimé, triste, dans un état de langueur extrême, toujours isolé, pensif ; il parle seul, rit parfois sans motif apparent ; il répond assez bien à l'interprète, mais parfois avec incohérence ; pas d'idées de richesses, mais il croit que tout le monde lui en veut ; souvent même, sous l'influence d'hallucinations de l'ouïe, il frappe ses voisins parce qu'il se croit insulté par eux. Il dit avoir un serpent dans le ventre ; il est venu au monde ainsi ; il le sent quelquefois lui chatouiller la gorge et il en est fort ennuyé ; il ne dit pas qu'on ait cherché à l'empoisonner ; s'il mangeait lentement, c'est qu'il n'aime pas à être pressé ; on lui en voulait, on l'insultait ; parfois il voit en rêve des serpents ; s'il a frappé sa mère et sa grand'mère, c'est parce qu'elles l'avaient contrarié. Ce malade mange assez bien, mais il maigrit beaucoup ; ses instincts de sodomit le portent à s'introduire la nuit dans le lit des autres malades. Les hallucinations le rendent dangereux pour ses voisins qu'il frappe parfois violemment. Nous avons un instant soupçonné la présence d'un tænia, mais le traitement n'a pas donné de résultat.

Dans l'observation LXV l'aliénation se développe sur un fond manifestement héréditaire et cette circonstance nous explique l'éclosion rapide des idées de grandeur.

Obs. LXV. — Al... ben Am..., Arabe, né à Alger, entré à trente ans en 1886. Il résulte des renseignements recueillis sur son compte qu'il s'adonnait à l'absinthe et au kiff ; idées de grandeur et de persécution : il est le plus grand marabout du monde ; hallucinations de la vue et de l'ouïe ; indocilité, croit qu'on lui en veut. Il fut arrêté par la police à la suite d'un scandale sur la voie publique ; il s'était introduit dans une église et divaguait ; il devenait dangereux pour les enfants. On l'interna sur le certificat suivant : manie d'origine alcoolique avec idées de grandeur et de persécution. Pendant son séjour à l'asile, il est sous le coup d'une agitation presque incessante ; nous le suivons attentivement et il nous avoue qu'il fumait en effet beaucoup de kiff et buvait de l'absinthe. Il sait lire et écrire l'arabe et parle français ; légèrement incohérent, il est le plus grand marabout du monde ; c'est lui qui a sauvé la religion des chrétiens ; loquace, orgueilleux,

persécuté, il demande souvent à changer de quartier, frappe quiconque le contrarie, et avec nous il devient menaçant pour peu que nous prolongions nos entretiens. Sa tenue est assez convenable; il n'a pas de mauvais instincts. L'interprète qui nous accompagne a connu à Tunis deux frères du malade qui, sans être absolument fous, sont cependant extravagants et mal équilibrés.

Le malade de l'observation LXVI accuse ses excès de kiff par des tendances lascives et des poursuites après une dame très respectable.

OBS. LXVI. — AL... ben A... Bou..., Arabe, journalier, né à Koléah (Alger), entre une première fois à vingt-quatre ans en octobre 1876 pour manie chronique(?) et sort guéri en juin 1877; il est réintégré en septembre suivant sur ces renseignements: alcoolique invétéré, fumeur de kiff et buveur d'absinthe; idées ambitieuses: Mac-Mahon est son père, Badinguet son ami; une honorable dame de Koléah lui appartient; il la poursuit de ses obsessions; on a dû l'interner pour garantir cette dame; hallucinations, parle toutes les nuits avec ses femmes; très vigoureux; aurait été violent à Koléah. A l'asile, on porte le diagnostic de manie alcoolique avec agitation fréquente, caractère sournois et violent, habitudes d'isolement. Pendant toute la durée de son internement il se signale par son agitation, son insubordination, ses querelles, et ses violences envers les autres malades; il est halluciné, taciturne, dangereux, répond sur un ton méchant; parfois il a refusé la nourriture, et il a passé des nuits à pousser des cris. Quand nous l'observons, en 1888, nous reconnaissons en lui un agité maniaque; il parle seul, crie la nuit, accuse des hallucinations dont il est impossible de définir la nature.

D'un caractère méchant, ingrat, impulsif, il paraît très irrité contre nous et semble toujours sur le point de nous attaquer; dans un langage incohérent et parfois incompréhensible pour l'interprète, il nous raconte qu'il est frère de Mac-Mahon et de Badinguet; il a eu avec eux plusieurs entretiens; il ajoute, sur un ton de satisfaction personnelle, qu'il est très riche. Il a des habitudes de masturbation et des instincts de sodomie. Tenue convenable. Ulcère de la cornée gauche, amaurose complète à droite.

Dans l'observation LXVII nous trouvons encore la marque du kiff dans la nudité et les actes impudiques du malade ; quant à l'alcool, ses effets paraissent s'être dissipés assez vite sous l'influence du séjour à l'asile et le malade pourrait en définitive être considéré comme un mélancolique.

OBS. LXVII. — Moh... bel h..., Kabyle, journalier, né à Azeffoun (Alger), entré à trente-cinq ans en juin 1886. Admis une première fois à l'hôpital un mois avant, en était sorti après quelques jours ; on l'y ramène n'ayant pour tout vêtement qu'une chemise déchirée et après avoir commis des actes impudiques. Il s'y montre très agité, loquace, violent, dangereux, manifeste des idées de pouvoir et de richesses, des hallucinations de la vue et de l'ouïe, déchire, brise, dégrade les murailles, cherche à s'évader. A l'asile on signale tout d'abord de la dépression, de l'apathie, un manque absolu d'initiative ; nous le trouvons triste, déprimé ; il refuse parfois de manger et de boire de peur d'être empoisonné ; c'est à voix basse qu'il nous répond qu'il ne sait où il se trouve, il avoue des excès de kiff et d'absinthe, il se dit riche, se déshabille, s'isole, ne cause pas avec ses voisins ; s'il est triste, nous dit-il, c'est par ce que tout le monde parle de lui ; il ne comprend pas ce qu'on dit, mais il sait bien qu'il est question de lui. Un jour, étant au lit, il a cru que son voisin tenait des propos malveillants sur son compte ; il s'est levé et l'a frappé avec violence.

Enfin, le malade de l'observation LXVIII fut atteint d'un accès d'alcoolisme qui guérit sans imprégnation kiffique caractérisée.

OBS. LXVIII. — El h... Bou... ben Si..., Kabyle, célibataire, journalier, né à Hauman (Oran), entré à vingt et un ans en septembre 1888. Malade depuis plusieurs semaines, il fut amené à l'hôpital de Mustapha où l'on constata les symptômes suivants : agitation, malpropreté, violences, cris surtout nocturnes ; démolit les murs, déchire sa literie, ses vêtements, gâche sa nourriture, barbouille ses vêtements, ne supporte pas la contradiction ; hallucinations de la vue et de l'ouïe, violent, indocile, dangereux ; amaigrissement.

Arrivé à l'asile, il nous déclare qu'il fumait du kiff et buvait toutes sortes d'alcools ; il est agité, déchire, est d'une malpropreté repoussante, frappe ses voisins, parle seul, crie la nuit, mange de la terre (puisque nous sommes sortis de la terre, nous pouvons bien en manger). Quand il est possible de fixer son attention, il répond assez bien à l'interprète, mais il est généralement très incohérent et ne sait pas ce qu'il dit. Inconscience du lieu où il se trouve, n'a pas de mauvais instincts. Quelques mois après, l'agitation tend à cesser, mais il a toujours des insomnies et continue à parler seul. En août 1889 il paraît tranquille, ne monologue plus et s'occupe ; l'amélioration s'accroît davantage, et, après une période d'observation prolongée, il est rendu à la liberté en août 1890.

Parmi ces onze malades intoxiqués par l'alcool et le kiff nous trouvons seulement trois Kabyles, et c'est encore là un témoignage de la sobriété plus grande de ces derniers. D'autre part, il convient de faire ressortir que ce ne sont pas des alcools variés qui sont consommés par les indigènes ; ils ne boivent ni vin, ni liqueurs, ni eaux-de-vie, mais uniquement de l'absinthe, et cette absinthe frelatée est absorbée dans les cafés ou plutôt dans ces maisons interlopes qui pullulent au seuil des grandes villes de l'Algérie et que la conquête y a malheureusement implantées, comme si la civilisation devait fatalement apporter avec elle son contingent de vices et de dégradation morale.

Quant aux attaques épileptiformes qui chez nous caractérisent souvent l'absinthisme, nous ne les avons pas notées chez les Arabes, parce qu'en réalité nous n'avons pas eu à les constater.

FOLIE CHORÉIQUE

Nous plaçons ici, pour n'en oublier aucune, une observation de folie choréique ; cela prouve, du reste, qu'il n'est pas de forme d'aliénation qu'on ne puisse retrouver chez les indigènes.

OBS. LXIX. — Ben Dr..., Arabe, domicilié à Blidah (Alger), entré à cinquante ans en novembre 1887. On signale à l'hôpital de Mustapha : idées tristes, tient les yeux fermés, refuse de bouger, reste au lit, s'affaisse quand on le fait lever, gâte parfois, fait ses besoins où il se trouve ; mouvement oscillatoire de la tête quand on l'éveille ; état physique très faible. A l'asile il nous arrive avec une chorée généralisée ; c'est un dégénéré au point de vue physique et il semble dans la plus complète démence ; il déchire, est malpropre, gâte ; sa vie est toute végétative. Cependant, l'état général s'améliorant, la démence est moins accusée, et ses réponses deviennent plus cohérentes ; il nous raconte qu'il est devenu choréique étant soldat ; il ignore son âge et ne sait où il se trouve ; d'une impressionnabilité extrême, il se montre méchant, crie, frappe et déchire ses vêtements pour peu qu'on le contrarie ; il nous demande souvent sa sortie, autant que sa chorée lui permet de se faire comprendre ; si on ne lui répond pas, il se met à pleurer, et il deviendrait violent si les forces ne lui manquaient pas.

Forme maniaque, hallucinations de la vue (le malade fermait les yeux sous leur influence, terreurs), caractère méchant et emporté, impressionnabilité excessive, affaiblissement intellectuel, tous ces symptômes de la folie choréique, nous les observons chez ce malade.

(A suivre.)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
LA "PARANOIA INVENTORIA"

Par le Dr SERGE SOUKHANOFF

Médecin de la clinique psychiatrique de Moscou.

Le délire chronique présente une forme, où les idées absurdes s'expriment sous l'aspect de délire d'invention et de découverte. Le contenu des idées morbides est tiré du domaine des sciences pratiques et théoriques. Malgré une grande diversité des idées délirantes, l'essentiel de la maladie, dans tous les cas, ne change pas.

Parmi les malades de cette catégorie, nous rencontrons les inventeurs d'un alphabet universel peu compréhensible et non réalisable, les inventeurs du *mouvement perpétuel*; nous trouvons encore ici des personnes s'imaginant que ce n'est qu'à elles seules qu'appartient la solution ingénieuse des problèmes scientifiques difficiles, etc.

Sans doute, plus le délire du malade est absurde, plus se remarque son état morbide; mais parfois pour l'entourage le malade n'apparaît que comme un sujet étrange, un fantasque, un rêveur.

Maintes formes du délire sont déjà connues du public et ont été décrites par les littérateurs. Par exemple (1), nous trouvons chez un écrivain russe, Karonine, un récit sous le titre : « *Perpetuum mobile* », dont le héros est un délirant chronique. Parfois le délire du malade,

(1) A ce genre de littérature se rapporte aussi l'œuvre de Balzac : *La recherche de l'absolu*.

prend une forme particulière, de sorte que l'entourage ne doute pas qu'il soit tout à fait bien portant. La netteté de conscience, l'absence d'hallucination, tout cela parle au profit de malade.

Je veux décrire un de ces cas de *paranoia inventoria*.

Le malade, âgé de cinquante-cinq ans, paysan d'origine et presque sans aucune éducation, acquit, grâce à sa capacité pour les entreprises, une assez grande fortune; il eut une typographie, aux affaires de laquelle il s'intéressait et dont il s'occupait lui-même. Mais voilà que dans les dernières années il négligea ses affaires d'imprimerie et commença à parler des lois physiques, à s'adonner à toutes sortes d'expériences physiques, qu'il pratiquait lui-même. Les affaires de sa typographie chancelèrent, et bientôt une compagnie en prit la direction, en payant à notre malade, qui ne devait plus s'occuper d'aucune affaire concernant l'imprimerie, une somme assez considérable. D'ailleurs, la typographie ne l'intéressait plus, il s'absorba totalement dans ses occupations de physique et commença à écrire des ouvrages, qui contenaient, disait-il, des découvertes ingénieuses. Il voulait, autant que possible, propager ses idées et s'efforçait de les faire connaître de tout le monde.

Il imprimait ses ouvrages dans sa typographie et les expédiait dans différentes rédactions de gazettes et de journaux; il attendait vainement les jugements de la critique sur ses œuvres, s'étonnant de ce que la presse périodique n'en disait rien, expliquant ce silence par l'envie et la jalousie des professeurs et des hommes de science.

Un jour, le malade s'adressa à un écrivain célèbre russe, en le priant de lire ses ouvrages et d'en dire son opinion; ce dernier lui répondit qu'il ne pouvait pas prendre sur lui de juger de ses découvertes, et lui promit de transmettre ses compositions à un professeur de physique. Le malade attendait avec impatience la réponse de ce dernier, et quand elle lui arriva, ne la trouvant pas favorable, il l'expliqua de nouveau par la raison que le professeur lui portait envie. Alors, le malade voulut communiquer son travail au Congrès des naturalistes et des médecins russes, à Moscou; mais on le pria, avant de le lire, de soumettre son manuscrit : ici non plus, il n'eut pas de succès, son manuscrit fut refusé. Plus tard, le malade écrivit un mé-

moire concernant l'agriculture, et il parvint à placer son ouvrage parmi les livres qui figuraient à l'exposition agronomique de Moscou. Il espérait qu'enfin, on ferait attention à ses compositions ingénieuses et qu'il triompherait des ennemis envieux et ignobles, qui refusaient de reconnaître ses grandes découvertes.

Mais à l'exposition agronomique, son ouvrage eut le même sort. On n'en parla dans aucune gazette.

Outre ses travaux de physique, le malade voulait faire encore une découverte quelconque, qui devait avoir un intérêt pratique. C'est pour cela que dans les derniers temps il s'occupait à découvrir un bois impénétrable à l'eau, et il assurait à son entourage, que les morceaux de ce bois, envoyés par lui à l'Institut technologique de Pétersbourg, avaient été reconnus comme impénétrables, parce que, après un long séjour dans l'eau, leurs poids n'augmentait pas. Le malade engagea, en outre, un commerçant à s'associer avec lui, pour fabriquer de ce bois impénétrable à l'eau, et ce ne fut pas sans succès.

J'ai eu l'occasion de rencontrer le malade pendant l'automne de l'année 1895. C'est un homme assez robuste, portant des lunettes et ayant la partie antérieure du crâne et la physiologie très fortement défigurées par des cicatrices. Ses paupières inférieures et sa lèvre inférieure sont tout à fait retournées. Son crâne est dénué de cheveux. Les cicatrices qu'il porte, sont la suite des expériences qu'il a faites avec des substances inflammables.

Le malade cause très volontiers, se croit nerveux et fatigué à cause de ses occupations intellectuelles. Il a entendu certaines personnes dire qu'il avait perdu l'esprit, mais il proteste avec indignation. Le malade parle surtout volontiers de physique.

Il me demanda si je connaissais ses ouvrages, et commença tout de suite à m'assurer qu'il n'existe pas de pression atmosphérique, me fit voir quelques malheureux restes de ses essais physiques, comme preuve de ses idées aprioristiques.

Mais si vous n'êtes pas d'accord avec lui et lui ripostez, si vous trouvez que ses opinions ne sont pas justes, le malade s'échauffe encore davantage et souvent si fort, que l'interlocuteur doit, une autre fois, se tenir sur ses gardes et s'abstenir de lui faire des objections.

Le malade pense être un homme de génie. Ses découvertes doivent, selon lui, faire un changement total dans les sciences

physiques. C'est lui seul qui a réussi à prouver que quelques lois physiques ne sont pas vraies; par exemple, le vide de Torricelli, la pression atmosphérique, etc., ne sont que des erreurs de l'esprit humain. C'est à lui seul qu'il appartenait d'ouvrir les yeux aux savants professionnels et de découvrir les fautes graves admises dans tous les manuels physiques. C'est pour cela qu'il se dépêche de faire part au monde entier de ses découvertes utiles. Mais les vices humains, la méchanceté, l'envie et la crainte qu'ont les hommes d'avouer leurs erreurs l'empêchent de réaliser ses bonnes intentions. Comment, en vérité, par exemple, les professeurs des sciences physiques avoueraient-ils leurs erreurs? Il est sûr que ses nouvelles découvertes sont expliquées si nettement, si clairement et si simplement qu'elles ne laissent aucun doute, que les vérités qu'elles démontrent ne soient compréhensibles et persuasibles pour tout le monde.

Il est évident, d'après lui, que les professeurs n'ont pas le courage de dire tout simplement : « Oui, nous nous sommes trompés jusqu'à présent! Nous voyons maintenant qu'il n'y a point de pression atmosphérique et de vide de Torricelli, etc. » Mais, pour dire ceci, il faut être un Héraclès comme lui, un second Newton ou un second Galilée. Le malade est sûr que, tôt ou tard, ses idées triompheront, son nom deviendra immortel et que ses découvertes seront toutes admises dans les traités de physique. Mais s'il ne parvient pas à atteindre le but désiré durant sa vie, il espère que ses amis et les personnes qui l'apprécient et le comprennent, persévéreront dans leurs sentiments et il leur léguera ses œuvres.

Les récits du malade, aussi bien que la lecture de ses compositions, nous démontrent que son savoir dans les sciences physiques est très faible et qu'il n'en connaît même pas les notions élémentaires : c'est ainsi que, par exemple, il ne peut distinguer la matière et la force, il mêle constamment l'une et l'autre; son esprit est si peu développé qu'il est difficile de lui faire comprendre les choses les plus simples.

Mais, quand on cause avec le malade d'autres objets qui ne concernent pas la physique, il en parle et raisonne sainement, sans aucune idée délirante, ce qui fait croire aux personnes qui l'entourent qu'il est tout à fait normal. Sa sœur, une personne peu intelligente, trouve qu'il est un homme d'un grand esprit et croit à son génie. Elle pense même que les personnes qui trouvent son frère malade ne le comprennent pas, de sorte qu'elle est sûre qu'il est bien portant.

Je n'ai pas pu constater d'hallucinations chez le malade. Mais ce qui est évident, c'est que le malade a de la démence, mais il est difficile d'en caractériser le degré. La naïveté du malade et parfois même son enfantillage sont visibles. En tout cas, son esprit ne peut être considéré comme vif et actif. On remarque, chez lui, une lenteur intellectuelle et peu d'associations d'idées.

Comme le malade a reçu une éducation très médiocre, il a toujours auprès de lui un individu qui copie ses élucubrations et dont la spécialité est d'écrire des calendriers bon marché, des livres qui expliquent les rêves et d'autres œuvres de littérature semblable. Cet individu joue le rôle d'un secrétaire auprès du malade. C'est lui qui me raconta que le malade met un temps très long pour écrire ses travaux : il lui faut parfois plusieurs semaines pour ne composer que trois à quatre pages.

Nous allons maintenant passer en revue les œuvres imprimées de notre malade, qui se vendent chez les libraires de Moscou et qu'on peut voir exposées dans les vitrines de certains libraires. L'un des livres du malade attire surtout l'attention par sa reliure originale. Sur un fond noir, on voit écrit en gros caractères de couleur les mots suivants : *Les Forces de la nature*. Au-dessus du livre, se trouve un globe, dont une moitié est jaune orange et la seconde bleu verdâtre. Au-dessous du livre, on voit une signature en lettres bleues : « PAR LES OBSERVATIONS DE J. X...FF ». Le revers de la reliure présente un fond clair, en haut ; bleuâtre et rosé en bas. Nous voyons ici la même inscription : *Les Forces de la nature* ; au-dessus de la reliure est représenté un globe noir et au-dessous d'elle, on lit les mots suivants : « L'image du globe illuminée par le soleil dans l'étendue atmosphérique. » Sur le côté du devant du livre se trouve ce même globe illuminé par le soleil dans une étendue privée d'air.

L'ouvrage du malade : *Les Forces de la nature*, contient 40 pages et 29 chapitres avec les titres suivants :

I. — Le vide ou la pression d'atmosphère (?) et l'explication de l'expérience de Torricelli.

II. — Explication de l'expérience de von Gerike.

III. — Ether ou vide.

IV. — Du vide.

V. — Le vide comme cause de l'équilibre et pourquoi les plantes croissent en haut.

VI. — Ce que c'est que la matière et la chaleur.

VII. — La chaleur et l'élargissement de la matière.

VIII. — Du changement de la hauteur atmosphérique dans toutes les quatre saisons et pourquoi l'atmosphère ne s'élève pas dans l'étendue.

IX. — Ce que c'est que l'évaporation d'eau.

X. — Comment se distribuent les évaporations dans l'air.

XI. — Comment se distribuent les évaporations dans la chambre.

XII. — La rosée matinale et une jeune pomme du 20 août.

XIII. — Cause du refroidissement des nuages et la chute de la pluie.

XIV. — L'orage et la grêle.

XV. — La nutrition des plantes et pourquoi les plantes et les fruits ont différents goûts.

XVI. — Pourquoi un jeune arbre a plus de feuilles qu'un vieux.

XVII. — De l'utilité des évaporations pour la vie végétale.

XVIII. — Les particularités de la nutrition des plantes.

XIX. — De l'acclimatation des plantes.

XX. — La colline et le lieu bas.

XXI. — Un exemple de l'influence des forces de la lumière et des ténèbres sur la matière.

XXII. — Les couleurs basilaires de la nature.

XXIII. — Les forces de la nature.

XXIV. — Comment le poisson reçoit l'air.

XXV. — De la semence de l'arbre.

XXVI. — La chaleur, l'eau, le sucre et la feuille de thé.

XXVII. — L'eau, la pierre et le sable.

XXVIII. — La nature végétative du temps passé et du temps présent et le rapport de l'homme avec la nature.

XXIX. — Conclusions.

En lisant la brochure du malade, il est facile de s'assurer qu'elle ne présente que la production d'un esprit malade, qu'elle n'est qu'un symptôme particulier du délire chronique.

Nous voyons clairement que le malade croit résoudre des questions totalement inaccessibles à son intelligence. Les ouvrages du malade portent un cachet de démente et de manqué de critique; on y rencontre souvent des choses contradictoires, des non-sens et des expressions incompréhensibles.

Son ouvrage, qui est consacré à l'agronomie, porte le titre suivant : *La richesse du blé. Une instruction rationnelle pour*

l'augmentation continuelle de la récolte et pour la réaction contre la sécheresse à l'aide de l'engraissement de la terre par le soleil.

Quoique ce petit livre n'ait pas eu de succès dans la première édition, notre malade le publia en seconde édition.

Dès la préface, nous voyons dans ce livre la phrase suivante : « Chaque plante absolument nourrit le terrain ». Elle seule suffit pour juger du reste.

Sans nous arrêter à l'analyse des opinions de notre malade, nous voyons qu'ici aussi, de même qu'ailleurs, nous avons affaire à un écrit sorti de la plume d'un aliéné.

Il y a encore un ouvrage du malade, intitulé : *Une corvée du destin ou Traité sur l'ivrognerie*. Ce livre est dédié « aux jeunes gens et aux pédagogues ». Ce livre a un certain mérite et même, dans plusieurs endroits, est écrit avec verve; par son contenu, il rappelle ce genre d'ouvrages écrits sous l'influence des idées morales du comte L. Tolstoï.

Dans les deux premiers ouvrages se remarque surtout une particularité dans le délire du malade. Ses idées sont parfois tout à fait contraires aux lois physiques et agronomiques; par exemple, il tâche de prouver qu'il n'y a pas de vide de Torricelli, de pression atmosphérique, etc.; il dit que la « plante nourrit absolument la terre ». Ce caractère négatif, pour ainsi dire, du délire présente un trait particulièrement curieux de son trouble psychique.

Des formes semblables du délire chronique présentent des signes de la folie raisonnante qui se développe sur le terrain de la dégénérescence mentale. Il est très possible que les éléments dont provient la maladie psychique avec le délire défini et systématisé de grandeurs existent déjà depuis longtemps chez le malade. Ainsi, en ce qui concerne notre malade, on a remarqué qu'il avait toujours eu une haute opinion de lui-même, qu'il se croyait compétent en toutes choses; il donnait aux médecins des conseils sur la manière de traiter les malades, aimait à faire des instructions et à raisonner, etc.

L'élément de la folie raisonnante saute aux yeux dans tous les cas analogues. Il est, pour ainsi dire, le fond de la maladie sur lequel se développe diverses idées délirantes.

En nous servant du terme de « paranoia », nous savons bien que notre malade se distingue beaucoup des autres malades dont les idées délirantes de persécution et de grandeur se développent progressivement sans avoir l'élément de la folie raisonnante. La « paranoia inventoria » est une maladie qui, pour se produire, a besoin d'une prédisposition héréditaire, à savoir une dégénérescence mentale.

Pour conclusion, nous dirons que la forme de la maladie dont est atteint notre malade a beaucoup de ressemblance avec la maladie qu'on nomme *paranoia reformatoria*.

L'histoire de la civilisation fournit une masse de faits qui nous prouvent que beaucoup de maladies semblables ont eu une grande influence sur la vie sociale et politique de leurs contemporains, en les entraînant par leurs projets et plans chimériques.

Médecine légale

UN CAS

DE

DÉLIRE RAISONNANT DE DÉPOSSESSION

Par le Dr E. RÉGIS

Chargé des cours des maladies mentales à la Faculté de médecine
de Bordeaux.

SOMMAIRE. — Un travail de M. Pailhas. — Les expropriés persécutés-persécuteurs. — Nouveau cas. — Débilité intellectuelle, idées de persécution. — Violences maritales. Divorce. Expropriation. — Délire raisonnant ou persécuté-persécuteur de dépossession. — Refus de quitter les lieux. — Menaces aux autorités. — Emprisonnement. — Refus de comparaître en justice. — Deux expertises médico-légales contradictoires. — Acquittement. — Internement.

Sous le titre un peu imprécis, il faut le dire, de : « Etats monomaniaques liés à une déviation de l'instinct de conservation de la propriété » (1), M. le Dr Pailhas a communiqué au Congrès des Aliénistes et Neurologistes de Bordeaux un intéressant travail où il décrit l'état mental de certains individus qui, expropriés de leurs biens, refusent d'accepter la chose jugée, et se considérant comme injustement dépossédés et comme toujours légitimes propriétaires, se livrent, pour dé-

(1) B. Pailhas. Etats monomaniaques liés à une déviation de l'instinct de la conservation de la propriété ; leur intérêt au point de vue médico-légal (*Comptes rendus du Congrès des Aliénistes et Neurologistes de Bordeaux*, 1895, vol. II, p. 331. Paris, Masson, 1896).

fendre leurs soi-disant droits, à des revendications plus ou moins violentes.

Il y a là une situation toute spéciale, curieuse au point de vue psychologique et souvent fort délicate au point de vue médico-légal, diversement interprétée suivant les cas.

Les faits de ce genre, qui semblent appartenir au délire raisonnant de persécution, à la *paranoia quærulens* des Allemands, ne doivent pas être absolument rares. En dehors des trois observations rapportées par M. Pailhas, dont une publiée autrefois par Girard de Cailleux (1), je puis en citer une autre de M. Mahon (2), dans laquelle il s'agit d'un délire en commun, partagé par plusieurs membres d'une même famille dont deux, la mère et un fils, furent internés à la suite de plusieurs tentatives de récupération, à main armée, de leur ancienne propriété.

Les circonstances m'ont mis tout récemment en présence, en qualité d'expert, avec mes confrères MM. Pitres et Lande, d'un nouveau cas de cette variété de *paranoia quærulens*, qu'on pourrait désigner plus exactement et plus simplement, je crois, sous le nom de *délire raisonnant de dépossession*. Éclairés dès l'abord par l'étude de M. Pailhas, ce qui prouverait, une fois de plus, s'il en était besoin, l'utilité de nos Congrès au point de vue pratique comme au point de vue scientifique, nous avons pu, mes collègues et moi, démontrer le trouble mental et l'irresponsabilité de l'inculpé, niés par de précédents experts, et obtenir du tribunal son acquittement et son internement.

Voici le cas, sur les notes prises par M. Fourcade, le

(1) Girard de Cailleux. *Annales méd.-psychol.*, 1850.

(2) A. Mahon. Contribution à l'étude des psychoses séniles ; délire des persécutions chez les vieillards (*Thèse de Bordeaux*, 1895, observ. XVII, p. 91).

distingué substitut du Procureur de la République de Bergerac, qui s'était intéressé particulièrement à l'affaire.

O... (Jean), jardinier à Bergerac, quarante et un ans, rend la vie tellement dure à sa femme, que celle-ci obtient la séparation de corps. Pour liquider ses reprises, elle fait vendre un petit bien commun sis à Bergerac. A la suite de licitation, cet immeuble est acheté par un voisin ; mais O... ne veut pas en sortir. Jugement d'expulsion est rendu contre lui, mais il refuse de l'exécuter ; un huissier, commis aux fins de l'expulsion, se présente ; mais bien qu'assisté de la force armée, il est obligé de se retirer, en présence des menaces de mort proférées par O..., armé de fusil, fourche, etc.

Entre temps, celui-ci arrache des arbres plantés sur le terrain litigieux.

O..., pris par surprise, est écroué à la maison d'arrêt ; deux médecins, commis à son examen mental, le déclarent en possession de ses facultés par le rapport suivant :

Premier rapport (de responsabilité).

Nous, soussignés, Z... et Y..., docteurs-médecins de la Faculté de Paris, médecins-experts près le tribunal de B..., sur le réquisitoire de M. le juge d'instruction, et serment préalablement prêté de remplir notre mission en notre honneur et conscience, nous sommes transportés plusieurs fois à la maison d'arrêt de B..., où est détenu le sieur O..., à l'effet d'examiner l'état mental du susdit, et faire un rapport à son sujet. De nos investigations, il résulte ce qui suit :

Le nommé O... nous paraît jouir de la plénitude de ses facultés mentales, car il raisonne comme pourrait le faire tout homme ayant vécu dans le même milieu.

Il nous raconte que les griefs invoqués par sa femme sont très exagérés, qu'il ne l'a jamais maltraitée qu'en paroles, et même pas très souvent ; qu'elle a eu tort, pour des motifs aussi futiles, de le quitter et d'emmener ses enfants. Il ne fréquentait pas les cafés, il restait chez lui tous les soirs auprès de sa famille : on ne peut donc lui reprocher rien de sérieux ; que, d'ailleurs, il n'est pas divorcé, puisque l'arrêt de la Cour ne lui a pas été signifié.

Interrogé ensuite sur l'expropriation dont il a été victime, il

répond qu'il ne l'admet pas ; que, ne devant rien à personne, personne n'a le droit de le mettre hors de chez lui. Il a, dit-il, consulté un homme d'affaires, très expert en la matière, qui lui a expliqué tous ses droits, et il entend les exercer jusqu'au bout. S'il a résisté aux injonctions de la justice, c'est que la justice a violé sa propriété, comme elle viole en ce moment sa liberté.

L'apport de sa femme n'est pas une dette, puisque cet apport, joint à leurs économies, a servi à payer la propriété qui doit revenir à leurs enfants. Si sa femme l'a quitté, c'est qu'elle l'a bien voulu : c'est donc sa faute, elle n'a qu'à revenir. En tout cas, au lieu de lui demander de l'argent pour élever ses enfants, qu'elle les lui ramène, et il les élèvera sans avoir besoin de rien lui demander.

Il n'en veut à personne, et personne ne lui a donné lieu de lui en vouloir. Il blâme cependant certains de ses voisins d'avoir excité sa femme contre lui et d'avoir mis le désordre dans son ménage. Il ne croit pas qu'ils l'aient fait dans le but de lui nuire, mais uniquement par suite du besoin de bavarder sur le compte des autres.

On voit par là que l'indulgence qu'il a pour lui-même et l'appréciation erronée de ses droits sont l'unique raison qui explique sa conduite. Il en résulte une fausse notion de ses devoirs et, par suite, les actes délictueux qui lui sont reprochés. Il se considère comme une victime, par suite des idées fausses qui lui ont été suggérées par quelque homme d'affaires ; mais il ne cesse pas d'être logique, et pas une de ses paroles ne porte l'empreinte d'un esprit déséquilibré par une altération, même partielle, des fonctions cérébrales.

Il n'existe en outre chez cet homme aucun signe morbide, symptôme avant-coureur de troubles cérébraux. En effet, il n'a pas de tremblement alcoolique, pas d'altération des réflexes, pas d'asymétrie de la face, pas d'atonie du regard, pas d'inégalité des pupilles.

Nous estimons, en conséquence, que le nommé O... jouit de l'intégrité de ses fonctions cérébrales et qu'il est responsable de ses actes.

En foi de quoi, nous avons rédigé le présent rapport certifié exact.

* B..., le 4 février 1896.

Signé : Z..., Y...

Sur ce rapport de responsabilité, ordonnance de renvoi devant

le tribunal correctionnel. Mais, assigné, le prévenu refuse de se rendre à l'audience, disant qu'il n'a pas à comparaître devant des juges. Sommé par huissier de comparaître, il refuse encore.

En présence de ses refus persistants, des réponses peu sensées que fait O... à l'huissier, de l'opinion publique qui, depuis longtemps, considère cet homme comme fou, le tribunal décide de surseoir au jugement, et commet, aux fins d'un nouvel examen de l'état mental du prévenu, trois médecins étrangers à la localité, les D^{rs} Lande, Pitres et Régis, de Bordeaux.

Voici leur rapport :

Nous, soussignés, docteurs Lande, Pitres et Régis, docteurs-médecins, médecins-experts du tribunal de Bordeaux, commis par jugement du tribunal de Bergerac, en date du 14 février 1896, à l'effet d'examiner l'état mental du sieur O... (Etienne), jardinier, actuellement détenu à la maison d'arrêt de Bergerac, inculpé d'arrachage d'arbres fruitiers et de menaces de mort sous conditions, après avoir prêté serment, pris connaissance des diverses pièces du dossier, et procédé à l'interrogatoire dudit O..., avons résumé, dans le rapport ci-dessus, le résultat de nos constatations.

L'histoire d'O..., réduite aux faits essentiels de la cause, est la suivante :

Agé aujourd'hui de quarante-cinq ans, il s'est marié, en 1877, sous le régime de la communauté réduite aux acquêts, avec une femme qui, tant en argent qu'en mobilier, lui a fait un apport global de 1,500 francs ; tout d'abord, le ménage a marché convenablement, mais bientôt le désaccord est survenu, et en 1887, O... est condamné par le tribunal correctionnel de Bergerac à 5 francs d'amende pour voies de fait envers sa femme et son enfant.

De nouvelles querelles surviennent par la suite, et, à plusieurs reprises, sa femme introduit contre lui une instance en séparation de corps pour sévices. Mais les choses s'arrangent tant bien que mal, et elle reprend la vie commune.

En 1893 enfin, n'y tenant plus, et après une discussion très vive dans laquelle son mari s'était montré plus violent et plus brutal que d'habitude, la femme O... quitte le domicile conjugal et se retire avec ses enfants chez ses parents, où elle est restée depuis cette époque.

L'affaire vient devant le tribunal de Bergerac qui, le 8 juil-

let 1894, prononce le divorce en faveur de la demanderesse et condamne O..., à restituer les biens revenant à sa femme et à lui servir une pension mensuelle de 30 francs.

O... fait appel et la cause vient à nouveau devant la Cour de Bordeaux qui, le 24 janvier 1895, confirme purement et simplement l'arrêt du tribunal de Bergerac.

Sur refus persistant d'O... d'exécuter les clauses du jugement, on procède à la liquidation, puis à la saisie de ses biens, et on vend ses meubles le 1^{er} septembre et son enclos le 13 novembre 1895.

Lors de ces ventes, O... laisse faire et ne dit rien. Mais il n'en reste pas moins dans sa propriété, et lorsque l'acheteur veut en prendre possession, il refuse de la quitter, se déclarant toujours chez lui. En même temps, et comme pour bien affirmer ses droits, il continue de faire acte de propriétaire en arrachant des arbres fruitiers et en cultivant le terrain.

C'est en vain que les autorités interviennent et cherchent à l'expulser. O... prend une attitude dangereuse et, armé tantôt d'une bêche, tantôt d'un fusil, menace de mort le commissaire de police, les gendarmes et l'huissier qui se présentent tour à tour.

On se saisit enfin de lui par surprise, et il est écroué à la maison d'arrêt, où il est l'objet, de la part des docteurs Z... et Y..., d'un examen médico-légal qui conclut qu'il jouit de ses fonctions cérébrales et qu'il est responsable de ses actes. Mais, le jour de l'audience venu, il refuse de s'y rendre.

C'est dans ces conditions, et en présence de l'attitude étrange de l'inculpé, que le tribunal a jugé nécessaire de le soumettre à un nouvel examen pour lequel nous avons été commis.

Bien qu'un peu déflant tout d'abord, O... nous a bien accueillis et, très calme, très maître de lui, il a répondu convenablement à toutes nos questions. Ses explications, quoique un peu confuses et dénotant une intelligence médiocre, constituent cependant, dans leur ensemble, une sorte de thème suivi qui peut être résumé ainsi :

Les difficultés survenues dans le ménage auraient eu pour origine, d'après lui, la conduite imprudente de sa femme qui, malgré ses avis, fréquentait une femme de mauvaises mœurs. Ses beaux-parents, au lieu de le soutenir, la montaient contre lui, et il n'est pas éloigné de penser qu'ils auraient voulu entraîner leur fille au mal. Du reste, s'étant rendu à Libourne chez son beau-frère et sa belle-sœur, « il y vit ce qu'il ne devait

pas y voir », et refusa dès lors d'y retourner, ce qui augmenta l'animosité de la famille à son égard.

A partir de ce moment, O... semble croire qu'il y a un véritable coup monté contre lui, et dans tout ce qui arrive, il voit la main de la famille de sa femme et de celle-ci elle-même, agissant sous son inspiration.

Il ne nie pas les injures et les violences auxquelles il s'est livré à différentes reprises dans son ménage; mais il était poussé à bout. Tantôt, c'est parce que sa femme refusait de rompre avec des voisins et voisines qui lui étaient hostiles et se conduisaient mal; tantôt c'était parce qu'elle ne voulait pas renvoyer une domestique « qui était de connivence avec ses beaux-parents », battait ses enfants et l'empêchait d'occuper le lit conjugal; tantôt c'est parce qu'elle refusait absolument de quitter le pays pour aller vivre loin de ceux qui lui en voulaient.

Si les dires d'O... sont vrais, il semble que, depuis longtemps, il était en proie à des idées, sinon à du délire de persécution, et que, dans ses actes de violence, il ait agi sous l'influence de ces conceptions.

Ce qui tendrait à prouver la réalité des idées morbides de persécution chez O..., c'est qu'il n'en fait pas étalage, et qu'il faut, au contraire, pour les saisir, lui en arracher en quelque sorte l'aveu. Voici, du reste, à cet égard, deux faits très significatifs et qu'il ne nous a révélés qu'à grand'peine.

En 1892, il ressentit des malaises subits et constata qu'il lui venait « des boutons sur toute la tête ». L'année suivante les mêmes phénomènes se reproduisirent. Alors, il eut l'idée que cela provenait de son tabac à priser, *acheté par sa femme*. Ayant jeté le tabac qui lui restait, il acheta lui-même sa provision, et, à dater de ce moment, tout disparut comme par enchantement. Il refuse d'en dire plus long là-dessus; mais à travers ses réticences, on devine qu'il croit que sa femme a voulu l'empoisonner.

Autre fait : à quarante-deux ans, il n'avait encore, suivant son expression, que « quatre dents à dire ». Or, ayant pris de la tisane de salsepareille, dès la deuxième fois, il éprouva un violent dégoût, et ses dents se mirent à tomber toutes seules, sans lui faire de mal. Ce n'était pas du poison cette fois, croit-il, ce devait être de l'*encens*.

C'est dans ces conditions, et alors qu'O... se trouvait dans la situation d'esprit que nous venons d'indiquer, que sa femme

s'est séparée de lui et qu'est survenu le procès en divorce. Il est à présumer qu'O... n'a vu là qu'une nouvelle machination conçue par la famille de sa femme. En tout cas, la solution de ce procès et les complications d'intérêt qu'il a entraînées pour lui ont déplacé ses inquiétudes, ouvert un nouveau courant à ses idées délirantes, et, à dater de ce moment, ce n'est plus tant au point de vue de sa situation morale qu'au point de vue de ses intérêts matériels, qu'il s'est cru persécuté.

« A force de travail et de privations, dit-il, j'ai amassé une dizaine de mille francs. Si j'étais obligé de rembourser ce qu'on me réclame, avec les 30 francs par mois de pension à payer pendant vingt et un ans, ça ferait 6,000 francs, et j'en aurais jusqu'à l'âge de soixante et un ans. Ils me mettent dans cette position que, quoique je fasse, ça me ruine. » Et il a ajouté : « Je n'ai pas chassé ma femme : si mes beaux-parents veulent garder les enfants, qu'ils les élèvent à leurs frais. »

Ne voyant dans sa condamnation par les tribunaux qu'une manifestation d'hostilité ayant pour but de provoquer sa ruine, on comprend que O... ait cherché à s'y opposer de toutes ses forces.

Pour cela il a interprété les choses à sa façon, et s'est créé une sorte de droit et de procédure à lui, essentiellement basés sur ce principe que, tant qu'il ne donnait pas son acquiescement par sa signature ou par sa présence, les jugements prononcés et les actes faits étaient entachés de nullité. Ainsi, le jugement de la Cour d'appel de Bordeaux a été, suivant lui, *prononcé*, mais non *rendu*, parce qu'il n'y a pas eu de plaidoiries et qu'il n'a pas signé. De même, la vente de ses meubles est nulle, parce qu'on a procédé comme pour une *vente volontaire* et non comme pour une *vente sur saisie*, et qu'on a fait payer au vendeur et non à l'acheteur le sou du franc. De même encore, la vente de son enclos n'existe pas, parce que l'administration ne peut pas *l'enregistrer* s'il ne donne pas sa signature, et qu'il ne l'a pas donnée. Enfin, s'il ne s'est pas présenté à l'audience, c'est parce que « en y allant, on aurait pu rendre un jugement ; n'y allant pas, on ne le pouvait pas ».

Partant de là, O... considère qu'il est toujours chez lui dans son enclos, et c'est pourquoi il n'a rien voulu écouter des sommations qui lui étaient faites, répétant toujours : « Si vous avez des droits, faites-les valoir » ; ou bien : « Je n'ai rien à faire avec M. le procureur ; s'il veut me voir, qu'il vienne. »

Il est difficile de savoir si, le cas échéant, O... aurait mis ses

menaces à exécution et fait usage de ses armes. Cela est possible: car, bien que nous ayant dit à un moment que son fusil n'était pas chargé, et qu'il savait qu'il ne serait pas nécessaire d'en faire usage, il a ajouté, quand nous lui avons représenté qu'il avait tué quelqu'un il aurait été sévèrement condamné: « Que voulez vous que ça me fasse, un honnête homme ne doit rien craindre. »

En tout cas, ce qui est certain, et c'est là pour nous un point très important, c'est qu'aussitôt sorti de prison, O... rentrera dans son enclos, ce qui peut donner lieu à de nouvelles difficultés, et peut-être à de nouveaux actes de violence de sa part. Nous avons tenu à l'interroger dans ce sens, et il a répondu: « Si on me lâche, j'irai chez moi. Si l'acquéreur est là, j'irai chez le procureur; si le procureur n'agit pas, j'agirai avec la loi; sinon, il y aura le procureur général, après il y aura le ministre. Si ces Messieurs me donnent tort, je garderai le tort. »

Faut-il se fier à cette déclaration, et faut-il croire qu'en cette dernière analyse, O..., après avoir épuisé toutes les juridictions, finira par passer condamnation et se tenir coi? Il est pour le moins permis d'en douter: car d'habitude, les individus de ce genre, dominés par leur idée fixe, ne cessent, quelquefois pendant de longues années, de poursuivre leurs revendications maladives.

Ceci nous amène à dire que les sujets du type d'O... existent, qu'ils ont déjà donné lieu à des difficultés judiciaires analogues, et qu'ils ont été récemment étudiés, au point de vue médico-légal, dans un intéressant travail présenté, cette année même, au Congrès des aliénistes et neurologistes de Bordeaux, et que nous joignons à titre de document à ce rapport. Nous pensons que ce travail a ici son intérêt, et qu'on saisira mieux, par un rapprochement qui s'impose, la véritable nature du sujet.

Il nous paraît ressortir des données qui précèdent et de l'examen physique que nous avons fait de lui, qu'O... est un individu débile d'intelligence, sans trace évidente d'alcoolisme en proie depuis longtemps à des idées de défiance et de jalousie qui, sous l'influence des circonstances, ont pris une forme particulière, celle du délire processif ou de chicane, « *paranoïa quarulanten* », comme l'appellent les Allemands, variété du délire raisonnant de persécution.

O... est donc un persécuté raisonnant ou *persecuté-persécu-*

teur, c'est-à-dire un de ces individus qui, avec des apparences de logique et de raison, se croient l'objet d'injustices imaginaires et, sous l'empire de ce délire systématisé, cherchent par tous les moyens possibles, en particulier par les moyens violents, à donner satisfaction à leurs droits soi-disant lésés.

Comme tous les malades de cette nature, il ne nous paraît pas douteux qu'O... puisse, par la suite, redevenir dangereux.

Etant donné le mélange de délire et de raison qui existe chez ces sujets, il est difficile de faire un départ exact entre l'un et l'autre, c'est-à-dire d'établir nettement s'ils sont ou non responsables de leurs actes, la mesure en ces matières échappant à une appréciation mathématique. Ce qu'on peut dire, c'est qu'O... agit de plus en plus sous l'influence de ses idées fixes, et par suite qu'il est dominé par une force à laquelle il ne saurait résister. Par là, c'est un irresponsable, au moins pour les choses afférentes à la sphère de son délire.

Si O..., une fois dehors, après condamnation ou non, devait rester en repos, il serait possible de le remettre en liberté; mais, comme il continuera de poursuivre, selon toute apparence, ses revendications malades, et cela, au besoin, par des actes violents et susceptibles de compromettre à nouveau la sécurité publique, nous estimons que le mieux serait de le placer dans un établissement d'aliénés et de l'y tenir renfermé jusqu'au jour où ses conceptions délirantes paraîtraient s'être suffisamment atténuées pour supprimer de sa part les dangers auxquels elles exposent en ce moment.

Bordeaux, 27 avril 1895.

L'épilogue de l'affaire nous est fourni par le *Petit Journal* du 10 mai 1896, auquel nous l'empruntons textuellement :

LE RÉVOLTÉ DE BERGERAC

Tribunal correctionnel de Bergerac.

L'affaire d'O..., le révolté de Bergerac, vient de se terminer hier à l'audience du tribunal correctionnel. Les lecteurs du *Petit Journal* savent que le tribunal, dans une audience antérieure, avait décidé, avant de statuer au fond, de faire examiner l'état mental d'O... par trois médecins de Bordeaux, les D^{rs} Lande, Pitres et Régis. Les trois médecins sont venus à Bergerac, il y

a trois semaines environ, et leur rapport est arrivé au parquet jeudi.

D'après eux, O... est irresponsable d'une façon complète.

Il est la proie d'idées de défiance et de jalousie et il est dominé par une force à laquelle il ne peut résister. Il est susceptible de compromettre la sécurité publique, et les médecins sont d'avis qu'il doit être interné.

O... a été invité à comparaître devant le tribunal à l'audience d'hier ; mais comme la dernière fois, lorsque les gendarmes de l'escorte se présentèrent à la prison, O... refusa de les suivre, en disant qu'il n'avait rien à faire avec la justice.

Procès-verbal a été dressé de ce refus, et à l'audience, sur les conclusions du ministère public, le président a rendu une ordonnance commettant l'huissier d'audience pour se rendre à la prison, accompagné de la force armée, et sommer à nouveau le prévenu d'avoir à obéir à la justice.

L'huissier commis, M^e Lagarde n'a pas été plus heureux que les gendarmes, et quand il s'est présenté à la maison d'arrêt, O... lui a répondu qu'il ne se dérangerait pas, car il n'avait rien à faire au Palais.

A la reprise de l'audience, le ministère public a demandé au tribunal de donner défaut contre le prévenu, de l'acquitter sur les deux chefs de la prévention, étant donné son irresponsabilité, et de décider qu'O... serait remis entre les mains de l'autorité administrative pour être interné dans un asile d'aliénés. Le tribunal a prononcé un jugement conforme aux conclusions du Procureur de la République.

Tel est le dénouement d'une affaire qui a fait beaucoup de bruit dans notre ville.

Établissements d'aliénés.

LES ÉTABLISSEMENTS D'ALIÉNÉS

DE L'ÉTAT DE NEW-YORK

par le Dr A. CULLERRE

Depuis de longues années, l'État de New-York poursuit la transformation de son système d'assistance appliqué aux aliénés, et cette réforme est sur le point de s'achever, si même elle ne l'est déjà. Les renseignements que nous fournissent à ce sujet le rapport de la commission des aliénés de cet État pour l'année 1893-1894 et divers autres documents qui nous sont parvenus eu même temps, ne peuvent manquer d'intéresser les lecteurs des *Annales* ; c'est pourquoi nous nous proposons de les leur présenter succinctement dans les pages qui vont suivre (1).

I

L'assistance des aliénés, dans l'état de New-York, n'est pas soumise à une règle uniforme, bieu que l'État, depuis une époque qui remonte à 1843, s'efforce d'arri-

(1) *State of New-York. State commission in Lunacy. Sixth annual report, 1893-1894* (État de New-York. Commission des aliénés, Sixième rapport annuel). 1 vol. in-8°, 687 p., 1895.

— *Report of the investigation of the State Commission in Lunacy and the State Hospitals for the Insane, by the subcommittee of the Senate Finance and Assembly Ways and Means Committees* (Rapport sur le fonctionnement de la Commission des aliénés et des asiles de l'État par une délégation du comité des finances, du sénat et du comité des voies et moyens de l'Assemblée législative de l'État de New-York). 1895.

ver à l'unification du service. Le nombre des aliénés assistés, qui est de près de 20.000, est réparti entre trois catégories d'Établissements: 1° les hôpitaux d'État; 2° les asiles de Comtés; 3° les établissements privés. Ces derniers ne reçoivent que des pensionnaires.

Jusqu'en 1843, l'État s'était désintéressé du sort des aliénés, laissés à la charge des Comtés et des villes qui leur accordaient le même traitement qu'aux mendiants et aux condamnés. Mais à partir de cette date, en vertu d'un acte de la Législature, l'État commença à prendre en main l'assistance de ces malheureux. La réforme commença par l'ouverture de l'asile, ou plutôt de l'hôpital d'État d'Utica, le législateur ayant voulu, par l'abandon de ce terme « Asile », montrer la différence qu'il entendait faire entre les nouveaux établissements d'État, destinés au traitement et à la guérison des aliénés et les établissements de l'ancien système, bons tout au plus à séquestrer et à garder ces malades.

Successivement, d'autres hôpitaux d'État furent fondés. Au 1^{er} octobre 1894, ils étaient, y compris l'hôpital d'aliénés criminels de Matteawan, dont M. le D^r Pons nous a donné la description dans un des derniers numéros de ce journal, au nombre de neuf, renfermant près de 10.000 aliénés des deux sexes.

Deux comtés seulement, ceux de Kings et de New-York, ont conservé jusqu'ici leur autonomie en ce qui concerne l'assistance de leurs aliénés. Ils possèdent, à eux deux, six asiles où 9.000 malades environ sont enfermés dans des conditions peu satisfaisantes, comme nous le verrons plus loin; aussi les autorités chargées de veiller sur le sort des aliénés réclament-elles énergiquement l'extension de la loi de l'Assistance par l'État (State care act) à ces deux Comtés, et il est probable, si ce n'est déjà fait, car la Législature de 1895 a dû s'occuper de la question, qu'elle obtiendra gain de

cause à bref délai. Alors le service des Aliénés sera centralisé et unifié aux mains de l'État, ce qui constituera un progrès énorme au point de vue administratif et surtout humanitaire.

En même temps qu'il poursuivait l'unification du service des aliénés, le gouvernement s'efforçait de constituer un organisme central de surveillance et d'administration, qui pût assurer l'application des lois et le respect des décisions de l'autorité supérieure. Jusqu'en 1874, les autorités de l'État n'exerçaient aucun contrôle effectif sur les Établissements d'aliénés. Le bureau de la charité publique (*State board of charities*) était bien investi du droit de les visiter, mais ce droit, privé de sanction, était purement platonique, c'est-à-dire dénué de toute efficacité. En fait, les administrations locales jouissaient d'un pouvoir absolu, nommant et révoquant les fonctionnaires, passant les marchés, ordonnant les réparations et les constructions nouvelles, et toutes les dépenses quelconques sans contrôle d'aucun genre.

En 1874, un premier pas fut fait dans la voie des réformes par la nomination d'un commissaire d'État pour les aliénés. Bien que l'autorité de ce haut fonctionnaire fut beaucoup plus étendue que celle du Bureau de la charité publique, elle n'était pas encore à la hauteur des nécessités du service, et d'ailleurs l'étendue des devoirs de ce haut commissaire et la multiplicité sans cesse croissante des obligations de sa charge, ne tardèrent pas à dépasser ses forces. Le fardeau était trop lourd pour un seul homme. C'est pourquoi la législature de 1889 abolit la charge du commissaire d'État et le remplaça par une commission calquée sur le modèle de la Commission anglaise des aliénés.

La Commission des aliénés de l'État de New-York se compose de trois membres : un médecin, président, un

homme de loi et un *laïque* (layman). Sa tâche est de sauvegarder les intérêts médicaux, légaux et matériels des aliénés et des institutions qui leur sont destinées. Collectivement et individuellement, les membres de ce corps sont investis des plus larges pouvoirs.

Voici quelques-unes des attributions de la Commission d'État : Elle jouit de l'autorité exclusive de diriger l'application des lois de l'État concernant les aliénés, de régler la pratique des admissions et des transfèrements, le mode et la nature des soins et du traitement que doivent recevoir les malades dans les Établissements de l'État ; de fixer la qualité des allocations en nourriture, vêtue, literie, pharmacie et tous autres articles concernant l'entretien des malades ; d'établir et de colliger, d'après un système déterminé, des statistiques concernant les aliénés ; de placer, en l'immatriculant sur ses registres, chaque aliéné sous la protection de l'État, quel que soit le genre de placement, public ou privé (nous dirions d'office ou volontaire), auquel il appartient ; de recueillir sur son compte toutes informations utiles d'après des procédés d'une application aisée et pratique ; de prendre toutes les mesures propres à assurer la liberté personnelle et le bien-être physique et moral de chaque aliéné, non seulement dans les établissements de l'État et des Comtés, mais encore dans les Asiles privés ; de visiter et d'inspecter minutieusement, au moins deux fois par an chaque Établissement de l'État ; d'examiner l'état des emplacements, des bâtiments, du mobilier ; d'approuver les plans de réparations, agrandissements ou constructions nouvelles ; de recueillir et d'examiner les plaintes et dénonciations relatives aux mauvais traitements, aux séquestrations arbitraires et à tous les abus dont peuvent être victimes les aliénés ; d'assurer l'application des règles financières établies par les pouvoirs publics ; de fixer les condi-

tious auxquelles peuvent-être accordées les licences autorisant l'ouverture des maisons privées; de révoquer, pour motifs suffisants, les autorisations accordées; de veiller à une bonne et scrupuleuse gestion des deniers publics affectés à l'entretien des établissements publics d'aliénés.

En vertu d'un amendement à la constitution de l'État, la Commission, qui était un corps simplement légal, c'est-à-dire dont l'existence était subordonnée à un vote de la législature, est devenue, depuis l'année dernière, un corps constitutionnel et une branche permanente du gouvernement de l'État. Seule, à l'exclusion de tout autre pouvoir, elle étend son autorité sur les aliénés et sur tous les établissements destinés à les recevoir, à l'exclusion pourtant des idiots, des épileptiques et des faibles d'esprit ou autres infirmes de l'intelligence. Son recrutement actuel sur la triple base précédemment indiquée, assure le succès et l'efficacité des mesures administratives à un degré qu'aucune autre organisation, basée sur des principes différents, ne pourrait atteindre. Telle est du moins l'opinion exprimée par une commission des Chambres législatives, dans un rapport que nous avons sous les yeux, et rien ne nous autorise à la mettre en doute.

Les membres de la Commission sont appointés. Le médecin président reçoit 5,000 dollars par an; le membre légiste a un traitement de 3,000 dollars; enfin, le membre administrateur touche 10 dollars par jour de service. En outre, chacun d'eux reçoit 100 dollars par mois, à titre d'indemnité de déplacement et de menus frais.

La juridiction de la Commission s'étend sur neuf hôpitaux d'État, y compris l'établissement consacré aux aliénés criminels, six asiles de comtés et dix-huit établissements privés autorisés. Elle est obligée de les visiter deux fois l'an au moins et plus souvent si cela

est nécessaire, dans tous leurs détails. Au 1^{er} octobre 1894, date de l'ouverture de l'année financière, le nombre des aliénés répartis entre ces divers établissements se décomposait de la manière suivante :

HOPITAUX D'ÉTAT

	H.	F.	Total.
Utica state hospital.	477	512	999
Willard state hospital.	1,015	1,150	2,165
Hudson River state hospital.	748	681	1,429
Middletown state homœopathic hospital.	520	527	1,047
Buffalo state hospital.	367	357	724
Binghampton state hospital.	547	672	1,219
Saint Lawrence state hospital.	509	591	1,100
Rochester state hospital.	213	222	435
Matteawan state hospital.	316	37	453

ASILES DE COMTÉS

New-York:

Asile de Ward's Island.	2,416	1,414	3,827
Asile de Blackwell's Island	»	560	560
Asile de Hart's Island	225	1,375	1,600
Asile central Islip	369	39	408

Kings:

Asiles de Flatbush et Kings Park (ensemble).	1,008	1,295	2,303
--	-------	-------	-------

ASILES PRIVÉS

18 établissements privés, (ensemble)	332	487	819
Total général.	9,172	9,916	19,088

II

Un des premiers résultats de l'institution de la Commission d'État a été d'arrêter le gaspillage des fonds publics consacrés aux aliénés et de réduire les dépenses du service, tout en améliorant le bien-être des malades et en assurant un emploi plus judicieux des sommes mises à sa disposition.

La gestion de chaque hôpital d'État est, en effet, entre les mains d'un Conseil local d'administration

(local board of managers), dont les membres sont nommés par le Gouverneur avec approbation du Sénat. Ce Conseil jouissait auparavant des plus larges pouvoirs, nommait le médecin-Directeur, et, en général, tous les fonctionnaires et employés de l'hôpital, passait les marchés, pourvoyait à toutes les dépenses. Jusqu'en 1874, l'État n'exerçait aucun contrôle effectif sur ces Conseils locaux, et les effets de cette liberté excessive ne paraissent pas avoir été heureux. La Commission législative dont nous analysons le rapport les accuse, en termes formels, d'avoir dilapidé les fonds mis à leur disposition pour les besoins des établissements confiés à leurs soins : « L'effet de ce malheureux système d'administration locale sans garantie pour l'État a été grandement préjudiciable à l'intérêt public. Des centaines de milliers de dollars ont été englouties par des dépenses de peu d'utilité et un coulage énorme s'est opéré par mille fissures qu'un peu de vigilance eût suffi à fermer. » De 1870 à 1893, il a été dépensé, dans les divers hôpitaux d'État, pour réparations, améliorations, constructions, achats de terrains, l'énorme somme de 13 millions de dollars, sans que le nombre des lits ait été accru dans une proportion sensible. Chaque conseil local s'efforçait d'arracher à l'État les plus fortes sommes possibles, sans besoins réels et sans souci de l'intérêt public, dépensant jusqu'au dernier sou les sommes allouées selon le caprice du moment.

En 1893, une loi posant des règles invariables pour l'établissement des prévisions budgétaires de chaque établissement, a produit une réforme capitale dans la gestion financière, et c'est la Commission d'État des aliénés qui a été chargée de veiller à l'exécution de cette loi. Depuis cette époque, les fonctions des Conseils locaux d'administration ont graduellement diminué d'importance ; leur rôle est désormais restreint à celui

d'une simple commission de surveillance et ils pourraient être supprimés sans grand inconvénient.

Depuis son entrée en fonctions, la Commission d'État des aliénés a économisé à l'État plus de 2 millions de dollars, sans compter les améliorations nombreuses qu'elle a apportées dans les diverses branches de l'administration et qui ne sauraient s'évaluer. Il lui reste beaucoup de réformes à faire, et l'une de celles qui lui sont instamment réclamées par la Commission législative est relative au personnel des établissements d'aliénés de l'État.

Les émoluments en argent et en nature de ce personnel ne sont soumis à aucune règle uniforme et atteignent des proportions invraisemblables. Il y aurait lieu d'opérer une peréquation sur des bases plus modérées. Par exemple, les surintendants (directeurs-médecins en chef) reçoivent un traitement supérieur aux plus hauts fonctionnaires de l'État; ils sont, en outre, entretenus de tout, sauf de l'habillement; ils sont somptueusement logés, meublés, nourris eux et leurs familles, pourvus d'une armée de domestiques (cuisiniers, cochers, femmes de chambre, filles de cuisine, lingères, lavcuses); ils ont journaliers, livres à discrétion; l'usage gratuit du téléphone, etc. Ainsi le traitement et les avantages en nature du surintendant médecin en chef de l'Asile d'Utica sont les suivants :

Traitement en argent.	4,000 dollars.
Evaluation des avantages en nature. . .	6,219 —
Total	10,219 dollars.

c'est-à-dire 51,000 francs environ. Ceux d'un premier médecin-adjoint oscillent entre 30 et 40,000 francs. Mais les grades médicaux inférieurs ne sont pas toujours rémunérés dans cette proportion. Il existe une inégalité très grande entre les divers établissements sous ce rap-

port, ce qui suscite des réclamations et des plaintes que la Commission s'est d'ailleurs efforcée de recueillir.

La nomination et le recrutement du personnel médical ne sont en outre réglementés par aucune mesure générale : tantôt les conseils locaux d'administration nomment tous les fonctionnaires du service médical ; tantôt ils ne nomment que le surintendant médical, qui désigne à son tour ses subordonnés, médecins-adjoints et internes. Néanmoins il ne semble pas que le choix des conseils et des surintendants soit guidé par d'autres considérations que celles de l'intérêt du service. Pour l'avancement, on tient compte tantôt du mérite seulement, tantôt à la fois du mérite et de l'ancienneté.

Le personnel médical est très libéralement distribué dans les Établissements de l'État. En ne tenant pas compte du surintendant et des internes, dont les attributions s'étendent à l'ensemble du service, il y a, selon les établissements, 1 médecin pour 150 malades au moins et pour 250 au plus. Chaque hôpital, sauf Matteawan, possède une femme-médecin pour la gynécologie.

III

Nous consacrerons maintenant quelques lignes à l'organisation intérieure des hôpitaux d'État, à l'aide des renseignements que nous trouvons dans le rapport de la Commission des aliénés. Cette Commission a fait établir par le professeur Austin Flint un type de régime devant servir de modèle aux divers établissements. Nous en donnons la traduction, qui intéressera sans doute le lecteur.

RATION QUOTIDIENNE (1)

	Onces.	Grammes.
Viande non désossée, fraîche ou salée, poisson ou volaille	12.0	360 environ.
Farine pour pain (pouvant être partiellement remplacée par maïs ou macaroni).	12	360 —
Pommes de terre.	12	360 —
Lait	16	480 —
Un œuf.	2	60 —
Sucre.	2	60 —
Beurre	2	60 —
Fromage	1	30 —
Riz ou gruau	1.1/2	45 —
Fèves ou pois (secs)	1.1/2	45 —
Café (grillé en grains).	5/6	25 —
Thé noir	1/8	4 —

Comme on le voit, ce régime est établi d'après des habitudes diététiques qui ne sont pas les nôtres, et paraît plus riche que celui de nos établissements français.

Les procédés d'hydrothérapie employés dans nos asiles ne sont qu'exceptionnellement usités dans les hôpitaux d'État ; mais dans tous, les bains hygiéniques y paraissent plus largement aménagés sous forme de grands bains, de bains de piscine et surtout de bains-douches ou d'aspersion (spray), qui ont évidemment les préférences de nos confrères américains. Chaque malade est baigné une fois par semaine.

Les distractions mises à la disposition des aliénés sont fréquentes et très variées, chaque hôpital a sa salle des fêtes où les malades se réunissent une ou plusieurs fois par semaine pour assister à des concerts, des représentations théâtrales et se livrer à la danse. A Middletown il y a eu quatre-vingts soirées en un an. Les hommes ont à leur disposition, dans plusieurs éta-

(1) N'ayant pas à ma disposition les rapports numériques des poids américains au système décimal, je me suis servi de ceux des poids anglais. S'il en résulte quelque erreur, elle est sans doute peu importante et le lecteur voudra bien l'excuser.

blissements, des billards, des cartes, des échecs ; les femmes ont des pianos et des harmoniums. Ici on se livre au lawn-tennis, au cricket, là au canotage et au patinage. Et malgré cette multiplicité de plaisirs le travail n'est pas négligé. Les ateliers, dans ces divers établissements, paraissent installés à peu près comme chez nous, et même sur une plus large échelle. Comme chez nous également, la culture et les soins intérieurs y occupent le plus grand nombre de bras.

Les moyens de contrainte sont peu employés. Ils le sont néanmoins quelquefois, et sur l'ordre exprès du médecin, dans les cas chirurgicaux, suicides, homicides, et toutes les fois qu'il le juge utile. A Buffalo on se sert d'une camisole à longues manches, ainsi qu'à Saint-Lawrence.

A Binghampton on se sert de ceintures et de « gants ». Ailleurs on emploie le « *protection sheet* », sorte de drap destiné à fixer et à immobiliser le patient dans son lit. Ce moyen, qui paraît réunir les suffrages de la majorité des médecins des hôpitaux d'État, est cependant condamné par quelques-uns, ceux de Saint-Lawrence-Hospital en particulier, comme brutal et dangereux pour le malade.

Dans plusieurs de ces établissements, à Utica, à Binghampton, à Rochester, on applique partiellement le système des *portes ouvertes* et des quartiers sont laissés sans fermeture, les malades pouvant circuler à volonté. Il y a cinq quartiers à *portes ouvertes* à Utica et huit à Binghampton. A Hudson-River beaucoup de malades sont libres, sur parole, d'aller et de venir comme il leur plaît.

Le personnel de surveillance y est en général plus nombreux que chez nous et un certain nombre de préposés sont exclusivement chargés de la surveillance de nuit. Suivant les établissements, il y a un préposé

pour sept ou dix malades, indépendamment du service de nuit.

Les surveillants reçoivent de 16 à 50 dollars par mois, selon la classe et les « nurses » ou infirmières-surveillantes, de 12 à 35; mais il y a une différence extrême entre les divers hôpitaux à ce point de vue. Tout ce personnel est, en outre, nourri, logé, blanchi, mais non habillé. Chacun joint, en général, d'un logement séparé et a droit à une ou deux semaines de congé par an. Des écoles leur sont consacrées dans chaque établissement et les médecins leur enseignent la technique des soins qu'ils sont appelés à donner aux malades qui leur sont confiés. Ces conditions faites au personnel inférieur nous paraissent avantageuses et de nature à assurer un bon recrutement; pourtant l'apparence serait trompeuse si nous lisons bien entre les lignes et les maux dont nous souffrons ne seraient pas inconnus outre-mer: ce personnel serait assez peu stable, pas toujours docile, souvent ivrogne et parfois immoral.

A signaler un très curieux essai des préposées-femmes dans les quartiers d'hommes. En 1893, la Commission avait ordonné que, dans tous les hôpitaux d'État, des femmes fussent chargées de la surveillance des réfectoires d'hommes. « Les résultats de cette expérience, dit la Commission, ont été très satisfaisants et tendent à prouver la sagesse d'une pareille mesure. De l'aveu du personnel chargé de surveiller les malades, la présence des femmes dans les réfectoires pendant les repas a pour effet d'apaiser l'agitation. Pendant l'année écoulée, cette innovation a été encore plus développée à Saint-Lawrence hospital où des quartiers d'hommes ont été placés sous la surveillance exclusive d'infirmières assistées d'un seul homme pour l'administration des bains et l'exécution des besognes pénibles. Cette mesure a été jugée si satisfaisante que le Directeur décida de

l'étendre aux infirmeries. Huit infirmières y ont été chargées de quatre-vingts aliénés infirmes, gâteux et déments, au grand bénéfice des malades et à l'avantage de l'ordre et de la bonne tenue du service. Ainsi se trouve démontrée la supériorité des femmes dans l'administration des soins hospitaliers, la possibilité de les substituer aux hommes dans les quartiers d'aliénés masculins et l'inanité des objections élevées contre leur présence au milieu d'hommes aliénés. Tout au contraire, cette expérience a hautement démontré que la présence de femmes dans les quartiers d'hommes, non seulement ne crée aucune difficulté sérieuse, mais encore a une influence salubre sur la tenue et les propos des malades. »

IV

Un mot, pour terminer, sur les Asiles de Comtés.

Dans le Rapport que nous analysons, la Commission d'État des aliénés insiste énergiquement sur l'urgente nécessité de soustraire les Asiles du Comté de Kings et de la cité de New-York à l'administration des bureaux de charité et de leur donner une administration séparée en attendant que l'assistance des aliénés de ces circonscriptions soit transférée à l'État. Et les raisons ne lui manquent pas pour réclamer cette mesure. Le 14 mai 1894, le *New-York Herald* avait publié un réquisitoire sévère contre l'administration actuelle des établissements d'aliénés de la ville de New-York. Voici quelques-unes de ces accusations :

Négligence et incurie des administrateurs; leur ignorance des lois; détournement de leur affectation normale des fonds destinés à l'entretien des aliénés.

Incompétence, ignorance et négligence des médecins.

Incapacité des surveillants d'ailleurs insuffisants en nombre.

Nourriture insuffisante et de mauvaise qualité. État misérable de la vêtue et de la literie.

Absence de bains et de mesure de propreté.

Permanence du scorbut dans les asiles.

Abus des drogues calmantes suivi de cas de mort.

Exploitation des femmes aliénées à qui on impose des travaux au-dessus de leurs forces.

Séquestrations illégales.

Encombrement dangereux.

L'enquête ordonnée à la suite de cet article et dont fut chargée la Commission d'État des aliénés, prouva qu'il y avait une part de vérité dans ces accusations.

Elle montra, en particulier, que le relâchement administratif n'est que trop réel dans ces établissements. La surveillance y est mal organisée et le personnel tout à fait insuffisant. La ration journalière est au-dessous du minimum nécessaire, la nourriture mal préparée, les denrées de mauvaise qualité. Si les malades ne sont pas totalement privés de bains, la même eau sert pour plusieurs. La Commission ne condamne pas le corps médical; elle a constaté néanmoins qu'une aliénée a reçu une fois 120 grains (7 gr. 50 environ) de morphine en une seule dose; une autre fois, 1 grain $\frac{3}{4}$ d'hyosciamine (10 centigrammes); une dernière fois, 90 grains (6 grammes) de chloral et qu'elle est morte à la suite de cette dose. Enfin, l'encombrement est tel que, dans les dortoirs, les lits se touchent et que les malades, pour se coucher, sont obligés de se hisser par le pied du lit et de gagner leur chevet par cette voie aérienne.

Voilà, fait observer la Commission, les effets d'une pratique qui confond dans la même administration et confie aux mêmes mains les aliénés, les pauvres, les condamnés et les individus séquestrés pour correction. « La plupart des aliénés, dit-elle, ont, en dehors de leur

délire, conscience de ce qui les entoure et sont capables d'apprécier à leur valeur les procédés dont on use à leur égard. Si la privation de la liberté est une des nécessités du traitement de leur maladie, il en résulte, pour l'État, certaines obligations; il assume vis-à-vis d'eux le rôle de tuteur et ils sont, vis-à-vis de lui, dans la situation d'enfants vis-à-vis de leurs parents. Les confondre avec les indigents parce qu'ils occasionnent une dépense publique est d'autant plus injuste que beaucoup d'entre eux sont des contribuables et le seront encore après leur guérison. »

Ces paroles seront, sans doute, entendues et la Ville-Empire cessera à bref délai, ayons-en l'espoir, de mériter de venir à la queue des communautés civilisées pour la façon dont elle assiste ses aliénés.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX FRANÇAIS

ANNÉE 1893

Archives de neurologie.

I. — *Du vertige des ataxiques (signe de Romberg)*; par le D^r Grasset. Leçons recueillies par le D^r Saeaze, chef de clinique médicale (nos 73 et 74). — M. le D^r Grasset, en désaccord avec un grand nombre d'auteurs, ne croit pas que le signe de Romberg soit sous la dépendance de l'anesthésie, pas même de l'anesthésie du sens musculaire. Pour lui, le signe de Romberg est un vertige provoqué par le passage brusque de la lumière à l'obscurité. Il présente, dans cette leçon, un ataxique qui, entre parenthèse, n'est pas syphilitique, chez lequel le signe de Romberg est très prononcé et enfin qui n'a pas de troubles sensitifs. Ce malade lui fournit beaucoup d'arguments pour la thèse qu'il soutient. Voici, du reste, ses arguments :

Comment expliquer (avec la théorie de la pathogénie du signe de Romberg basée sur l'anesthésie), pourquoi le brusque passage de la lumière à l'obscurité est un élément pathogénique nécessaire du signe de Romberg, et pourquoi l'ataxique aveugle marche souvent mieux que l'ataxique qui y voit? Comment expliquer pourquoi, lorsqu'on fait fermer les yeux à l'ataxique, le signe de Romberg apparaît alors que, quand on lui cache seulement la vue de ses pieds au moyen d'un carton, le signe de Romberg n'apparaît pas? Si la théorie classique était exacte, le signe de Romberg ne devrait pas exister lorsque le sens musculaire n'est pas altéré, et précisément, le sujet, qui fait l'objet de la leçon, ne présente pas cette altération, alors que, chez lui, le signe de Romberg est très prononcé; et les cas analogues ne sont pas rares. La preuve inverse peut aussi être fournie, le signe de Romberg peut manquer alors que le sens musculaire est profondément altéré.

M. Grasset dit en terminant qu'il ne prétend pas fournir une explication pathogénique complète du signe de Romberg, mais

qu'il veut seulement le placer dans la vraie famille pathologique, dans celle des vertiges où, classiquement, on ne veut pas l'accepter.

II. — *De la maladie des tics (tics, chorée, hystérie; diagnostic)*; par le D^r L. Chabbert (de Toulouse) (n° 73). — Quatre observations de maladies des tics présentant chacune quelques particularités spéciales.

1^{re} *Observation*. Traumatisme dans l'enfance, convulsions consécutives qui disparaissent à dix-sept ans. Actuellement, aucun stigmate d'hystérie, si ce n'est cependant que le réflexe pharyngien fait défaut. Le tic est caractérisé par la contraction brusque de la partie inférieure de l'orbiculaire gauche, avec éignement répété des yeux. Deux ou trois secousses par minute, douze à quinze, quand le sujet est émotionné. Peu de troubles psychiques, une certaine originalité de caractère seulement. Ni écholalie, ni échoinésie. Le tic disparaît pendant le sommeil. Le traumatisme de l'enfance siégeait à la paupière gauche, il y a, en cet endroit, une cicatrice. C'est dans cette région que le tic débute.

2^e *Observation*. Elle concerne le fils de la malade précédente. A cette hérédité, il faut ajouter celle du père qui est très chargée.

Somnambulisme dans l'enfance. Chute sur le front, à quatre ans, qui laisse une petite cicatrice. Le tic consiste en contractions brusques et rapprochées des muscles de la partie moyenne du front, au niveau de la cicatrice. Il y a quatre ou cinq contractions consécutives et ensuite un repos de quelques minutes. Au physique, le sujet est bizarre et émotif. Stigmates hystériques: rétrécissement du champ visuel, achromatopsie, pas de réflexe pharyngien.

Ces deux observations ont beaucoup d'analogie. Elles prouvent que l'hystérie peut coexister avec les tics localisés.

3^e *Observation*. Tare héréditaire, mais peu lourde; pas de maladie de l'enfance. Le début de la maladie remonte à l'âge de quatre ans, à la suite d'une peur. Puis après, apparaissent les mouvements convulsifs limités d'abord à la face et qui envahissent successivement ensuite le membre supérieur droit, l'inférieur du même côté et le bras gauche. Deux types de mouvement: dans le premier, la langue est projetée en avant, le maxillaire est abaissé, la commissure droite est tirée en bas. En même temps, les paupières se ferment et la langue est tirée une seconde fois. Puis le bras est lancé avec force sur l'abdomen et

ensuite relevé de façon que le dos de la main frappe trois fois la tête. Simultanément la jambe se fléchit brusquement, la déflexion a lieu aussitôt et le pied frappe fortement le sol. Pour le bras gauche, c'est une esquisse des mouvements du bras droit, mais le membre ne se met en mouvement que quand les contractions du côté droit sont effectuées. Le second type est constitué uniquement par les mouvements du membre supérieur droit; il représente, dans le fait, une partie seulement du tic complet.

La malade présente des phénomènes coprolaliques qui accompagnent les mouvements convulsifs, il présente aussi de l'écholalie et de l'échocinésie. Enfin, il existe chez lui des troubles psychiques ressortissant au délire du doute.

4^e *Observation.* Le sujet est une fille de treize ans à intelligence ordinaire et sans troubles psychiques, mais présentant des stigmates hystériques.

Les mouvements sont partiels ou généralisés. Dans le premier cas, ils sont limités à la face et au bras droit; dans le second, ils occupent la tête, les membres et le tronc. Les mouvements généralisés sont les plus fréquents, les voici dans leur ordre de succession: les globes oculaires sont portés en haut, le front se ride, la tête est portée à gauche. Clignement des yeux, flexion de la tête sur l'épaule droite, le bras droit se fléchit sur la poitrine. La tête est ramenée de droite à gauche, le bras gauche se porte à son tour sur la poitrine. Le pied gauche s'applique contre le droit et le tronc est secoué de mouvements semblables à ceux que ferait éprouver une démanaison dans le dos.

Ces deux dernières observations sont typiques, elles répondent à tous les principaux caractères assignés par Charcot à la maladie des tics.

III. — *La foi qui guérit*; par le professeur J.-M. Charcot (n° 73). — Cet article a paru dans le *New-Review* de Londres, le 1^{er} décembre 1892, il a été traduit par la *Revue hebdomadaire* et les *Archives de Neurologie* ont emprunté sa traduction à ce dernier journal. Le titre, dans le journal anglais, était « *The Faith-Healing* », La foi qui guérit.

M. le professeur Charcot se place naturellement à un point de vue absolument scientifique. Les affirmations sans preuves, les négations sans fondements et les polémiques passionnées ne prouvent rien et embrouillent tout. La *faith-healing* et son aboutissant le miracle, c'est-à-dire la guérison opérée en dehors

des moyens ordinaires employés par la médecine curative, répondent à une catégorie d'actes qui n'échappent pas à l'ordre naturel des choses. Le miracle thérapeutique a son déterminisme, dont les lois sont dès à présent suffisamment connues pour qu'on puisse grouper les faits miraculeux dont l'allure spéciale ne nous échappe pas. Ce sont les éléments de ce déterminisme qu'il s'agit d'étudier.

Les faits dits miraculeux se sont produits de tout temps, c'est maintenant chose démontrée. Ils sont engendrés par une disposition spéciale de l'esprit du malade, une suggestibilité, comme on dit de nos jours. D'autre part, le domaine de la *faith-healing* est limité, elle doit, pour produire son effet, ne s'adresser qu'à des cas dont la guérison n'exige aucune autre intervention que cette puissance que possède l'esprit sur le corps. On n'a jamais noté, par exemple, que la *faith-healing* ait fait repousser un membre amputé. Par contre, on ne compte plus les guérisons de paralysies, mais celles-ci ont toujours été de la nature de celles que le professeur Reynolds a qualifiées de paralysies « *dépendant on idea* ». Du reste, les médecins préposés, à Lourdes, à la constatation des miracles, semblent reconnaître que les guérisons subites des paralysies n'ont rien de surnaturel, mais ils font grand bruit de certaines guérisons d'ulcères et de tumeurs. Ces confrères, dont la bonne foi n'est pas à soupçonner, devraient moins s'étonner de ces cures, car, malgré l'apparence, certaines tumeurs et certains ulcères sont de même nature que ces paralysies et les convulsions si facilement modifiées par la suggestion. « Pourquoi jeter tant de défis à la face de la science, qui finit, en somme, par avoir le dernier mot en toute chose! ... Bien que nous ignorions encore bien des choses, je constate que nous sommes aujourd'hui dans la voie de l'interprétation scientifique, et je prévois le jour, plus ou moins éloigné encore cependant, où l'évidente réalité des faits ne trouvera plus de contradicteurs. »

Ici un coup d'œil d'ensemble sur les sanctuaires où s'accomplissent les miracles modernes, et la comparaison entre les sanctuaires d'aujourd'hui et ceux d'autrefois, où s'accomplissaient déjà les mêmes miracles. Pendant l'antiquité, au moyen âge, à notre époque, ce sont toujours les mêmes conditions mentales chez les *miraculés*, les mêmes apprêts, les mêmes moyens d'entraînement de la part des prêtres, lesquels réussissent d'autant mieux qu'ils sont plus convaincus eux-mêmes. Cette partie de l'étude du maître regretté est remarquable d'érudition. On

ne saurait croire le nombre de documents accumulés en quelques pages, documents tirés pour la plupart de la littérature ancienne ou conservés par la sculpture grecque et romaine. Mais tout cela ne constitue qu'un des éléments du déterminisme nécessaire à la *faith-healing*, l'autre élément est subordonné à la nature de la maladie qui guérit.

Eh bien, ne sont guéries par la foi qu'un certain nombre de maladies, ou du moins que des maladies d'une certaine catégorie. Et nous arrivons à un point où il ne s'agit plus que de clinique. Les fameuses tumeurs ulcérées dont on a tant parlé, qui ont rapidement guéri après quelques immersions dans la piscine de la grotte, n'étaient que des lésions trophiques de nature hystérique. M. Charcot le démontre facilement, et tout médecin sera de suite convaincu par l'analyse clinique qu'il expose.

Ce n'est pas, du reste, la première fois qu'un ulcère jugé incurable est guéri ainsi d'une façon miraculeuse. En 1716, une demoiselle Coivin avait un cancer ulcéré au sein, et les médecins voulaient enlever celui-ci; la malade s'y refusa, et, pendant plusieurs années, elle souffrit de douleurs atroces, l'ulcère grandissait toujours. Un jour enfin, elle fit faire une neuvaine au tombeau du bienheureux François de Paris, et y fit toucher une chemise. Le lendemain elle revêtit cette chemise et appliqua sur la plaie de la terre prise auprès du sépulcre du bienheureux, elle était alors moribonde; quelques jours après, elle était guérie, le miracle était consommé. La demoiselle Coivin était hystérique, elle avait même une hémiplégie hystérique grave, et c'est pourquoi elle n'avait pu faire la neuvaine elle-même.

En somme, à travers les âges, parmi les civilisations les plus diverses, au milieu des religions les plus dissemblables en apparence, les conditions du miracle sont restées identiques, ses lois d'évolution étant immuables.

IV. — *Sclérose latérale amyotrophique ou amyotrophie hystérique? Difficultés du diagnostic.* Clinique du D^r Charcot (recueillie par le D^r Dutil) (n° 74). — *Observation* : Homme, trente et un ans, placier. Tare nerveuse héréditaire légère. Terreurs nocturnes pendant l'enfance. Une maladie aiguë mal diagnostiquée à vingt-deux ans : œdème, dyspnée, épanchement pleurétique, syphilis improbable. Il y a deux mois, à la suite d'inquiétudes et de mauvaises affaires, crise de nerfs. Quelque chose l'étouffait dans le ventre, puis il s'est mis à claquer des dents et à serrer les poings convulsivement; à la fin de la crise,

grands soupirs et pleurs. Quelques jours après, au bain, il s'aperçoit que sa jambe gauche est beaucoup plus petite que l'autre. On constate à la Salpêtrière : 1° atrophie très prononcée du membre inférieur gauche intéressant les deux segments du membre; 2° atrophie des muscles du bras, du deltoïde et du sous-épineux du côté droit. Il existe dans la plupart des muscles atrophiés de la diminution simple de l'excitabilité faradique et galvanique, sans réaction de dégénérescence. Tous les muscles en voie d'atrophie présentent des contractions fibrillaires énergiques et nombreuses. Le malade n'accuse aucune gêne fonctionnelle. Les réflexes sont normaux. Aucun trouble de la sensibilité.

S'agit-il d'une affection médullaire ou d'une manifestation hystérique? M. Chareot ne peut, quant à présent, répondre à cette question, c'est l'évolution ultérieure de la maladie qui éclairera le diagnostic.

V. — *Un cas de myopathie primitive progressive du type Landouzy-Déjerine, avec autopsie*; par P. Bloeq et G. Marinisco. (Travail du laboratoire de M. le Dr Chareot.) (n° 74.)— *Observation* : Jeune fille, seize ans. Le père et la grand-mère paternelle ont été atteints de la même affection (myopathie forme facio-scapulo-humérale de Landouzy et Déjerine, ou myopathie héréditaire infantile de Denehenne, de Boulogne). La myopathie s'est déclarée à l'âge de quatorze ans, les mouvements devinrent maladroits, les lèvres s'hypertrophièrent et se renversèrent. Actuellement, on note les particularités suivantes : la face est difforme par suite de l'hypertrophie plus ou moins prononcée des muscles et de leur faiblesse, d'où les déficiences multiples dans les différents mouvements et les différents fonctionnements des paupières, de la bouche, des joues, etc. Les muscles du cou (fléchisseurs) et certains muscles du tronc et des membres n'opposent aucune résistance aux mouvements passifs, les mouvements normaux de ces muscles sont impossibles, défectueux ou incomplets. D'une façon générale, les muscles sont atrophiés mais irrégulièrement et à des degrés divers.

Depuis l'époque où l'observation fut faite jusqu'à la mort qui survint par phthisie pulmonaire, l'atrophie ne cessa de progresser, se propageant aux muscles non encore envahis et se prononçant davantage sur les muscles déjà malades, la station debout devint très difficile, la marche prit la forme du steppage. En outre la malade présentait, à l'hôpital, tous les symptômes de l'hystéro-épilepsie, enfin elle devint phthisique.

Autopsie : Les centres nerveux ne présentent aucune lésion. La lésion musculaire, de même nature partout mais plus ou moins prononcée selon les régions, est constituée par une coloration jaune clair pâle, une atrophie et une consistance telles des muscles que ceux-ci se confondent avec le tissu adipeux circonvoisin.

Suit une délicate analyse histologique de ces lésions musculaires qu'il serait trop long de reproduire. Le mémoire se termine par une dissertation sur la pathogénie de la myopathie primitive : l'origine centrale défendue par Erb n'est plus admissible, et la théorie périphérique de l'affection est maintenant adoptée par tout le monde. Dans les préparations histologiques, les nerfs se montrent intacts, c'est donc le muscle qui serait primitivement atteint, et l'altération porte tout d'abord sur la fibre musculaire elle-même. C'est une cirrhose parenchymateuse, et elle s'établit par le mécanisme suivant : pendant le développement musculaire, la substance contractile, myoplasme, est entourée du plasma interstitiel du faisceau, sarcoplasme, et les faisceaux enfin sont entourés et séparés les uns des autres par du tissu conjonctif interstitiel. L'équilibre de la nutrition du myoplasme, du sarcoplasme et du tissu interstitiel est réglé par l'action frénatrice du système nerveux. Quand cette action d'arrêt est suspendue, le sarcoplasme et le tissu interstitiel qui possèdent, en raison de leur état de moindre différenciation, une énergie de nutrition plus grande que celle du protoplasma différencié de la fibre musculaire, prennent le dessus. Ils prolifèrent progressivement et le myoplasme finit par disparaître. Dans la myopathie primitive, l'impuissance de l'influence nerveuse trophique provient d'un désordre de nutrition transmis par l'hérédité, et l'époque de l'apparition de l'affection, dans l'enfance, s'explique par l'activité de la nutrition musculaire à cet âge.

VI. — *Idiotie congénitale ; atrophie cérébrale ; tics nombreux* ; par Bourneville et Noir (n° 74). — *Observation* : Père, céphalalgies, coléreux, rhumatisant, accidents cérébraux, alcoolique. Mère et grand'mère maternelle migraineuses. D'autres parents encore névropathes. Conception durant l'ivresse. Convulsions à deux mois, chorée (?) de quatre à six ans. Tics multiples généraux et très compliqués, parole nulle, marche à deux ans et demi.

Ce sujet est le prototype de toute une classe d'idiots : tête difforme, tics coordonnés, complexes, multiples et reproduisant constamment la même série de mouvements, l'absence plus ou

moins complète de la parole, le manque absolu de volonté, tous symptômes caractéristiques de ce genre d'idiots, généralement bien constitués physiquement et n'offrant pas de paralysie.

VII. — *Sur trois cas de monoplégie brachiale hystérique*; par le D^r Kinnosuke Miura (du Japon). Service de M. le D^r Charcot (n° 75). — 1^{er} cas : Homme de trente-sept ans, vigoureux, hérédité névropathique. Fracture de la clavicule. Quelques années après, brusque paralysie du bras, l'avant-veille le malade avait été violemment impressionné par un accident arrivé à son neveu, l'écrasement du bras par une machine. La paralysie ne s'accompagne d'aucun trouble cérébral, pas d'ictus, une légère accusation passagère de fourmillement seulement dans le bras paralysé. La paralysie est complète, à peine une très légère flexion de l'avant-bras est-elle possible. Il y a un peu d'atrophie de tous les muscles du membre. La sensibilité est intacte dans tous ses modes, les réflexes sont nombreux. L'électrisation ne produit aucun résultat, mais le traitement psychique, c'est-à-dire l'éducation du membre paralysé réussit très bien. Le point le plus intéressant de cette observation est l'absence de troubles de la sensibilité.

2^e cas : Il diffère du précédent sous plusieurs rapports. Il s'agit d'un homme de quarante-cinq ans atteint d'hystéro-sa-turnisme. A la suite de chagrins, cet homme est pris brusquement d'une sorte de crise de nerf avec vertige et tremblement général, en même temps son bras devient inerte. Le lendemain, paralysie complète du membre. En même temps, anesthésie de la région paralysée et quelques stigmates d'hystérie. Ce malade est traité comme le malade précédent, et avec le même succès.

3^e cas : Monoplégie brachiale gauche hystéro-traumatique, sclérose en plaques. Lésion organique des nerfs des muscles deltoïde et sous-épineux. Ce malade était atteint de sclérose en plaques depuis plusieurs années, le diagnostic ne faisait aucun doute. Un jour il reçut un choc violent à l'épaule, le lendemain paralysie complète du bras. Anesthésie du membre. Le traitement fut infructueux. Ce dernier cas ne paraît pas aussi net que les cas précédents; le diagnostic, il me semble, reste douteux.

VIII. — *Un cas de scoliose dans une myopathie primitive atrophique*; par le D^r J. Sacaze, chef de clinique à la Faculté de Montpellier (n° 75). — Les scolioses n'avaient pas encore été signalées dans les myopathies atrophiques, et c'est pourquoi l'observation de M. Sacaze offre un réel intérêt. Hérédité char-

gée dans la famille, les névropathes et les arthritiques sont nombreux, un frère est mort de myopathie primitive atrophique, le sujet a été atteint de cette affection à l'âge de sept ans. Progressivement chez lui, à mesure que l'atrophie musculaire se développait, la colonne vertébrale se déviait, et il finit par s'établir une scoliose très prononcée à convexité à gauche, combinée avec une légère cyphose lombaire.

Quelle est la raison de cette scoliose? L'atrophie musculaire a dû contribuer à sa production, mais pour une partie seulement. Il est, en effet, fréquent de voir des enfants atteints d'atrophie musculaire des muscles du dos, d'un seul côté même, et dont la colonne vertébrale reste normale. Avec l'atrophie des muscles du dos, un trouble trophique ayant pour siège les vertèbres a déterminé l'incurvation latérale du rachis. Mais pourquoi ce trouble trophique? L'auteur écarte successivement le rachitisme et l'ostéomalacie; pour lui, il s'agit de misère physiologique produisant la dystrophie des vertèbres, en sorte que la lésion des muscles et celle des os auraient un point de départ commun.

IX. — *Un cas singulier de l'hystérie mâle*; par le professeur N.-M. Popoff (de Varsovie) (n° 75). — *Observation.* Paysan de vingt et un ans, organes intérieurs sains; quand il est couché, ses membres inférieurs sont dans un tremblement continu, régulier et rythmique auquel prennent part surtout les extenseurs et fléchisseurs du pied. Debout, il ne peut se maintenir droit qu'avec un point d'appui, il ne peut marcher qu'appuyé sur deux hommes, en trépidant et perdant facilement l'équilibre. Ce tremblement devient plus intense, surtout quand on cherche à l'arrêter avec les mains. Plusieurs stigmates de l'hystérie, d'ordre moteur et sensitif.

Le tremblement hystérique est bien connu depuis les travaux de Chareot et de ses élèves, mais il n'existait pas encore d'observation semblable à celle-ci.

X. — *Quelques définitions récentes de l'hystérie*; par Pierre Janet (n° 76 et 77). — Sous ce titre, M. Pierre Janet expose en réalité ce qu'on peut appeler la théorie de l'hystérie moderne. Mais il ne se borne pas à ce simple exposé, son travail est plus vaste, il suit pas à pas l'évolution du concept de la grande névrose, depuis le temps où les promenades de la matrice à travers le corps étaient le phénomène dominant de l'affection, jusqu'à notre époque, où l'on attribue l'origine des divers accidents hystériques à des modifications, des per-

versions et des altérations des éléments de la personnalité. Je reproduis, en les résumant, ses conclusions :

L'hérédité pathologique joue dans l'hystérie un rôle absolument prépondérant. Un très grand nombre de circonstances jouent le rôle d'agents provocateurs et viennent manifester par des accidents cette prédisposition latente : les hémorragies, les maladies auémiantes, infectieuses, les intoxications, les maladies organiques du système nerveux, les shocks physiques et moraux, etc. Tous ces agents provocateurs affaiblissent l'organisme. L'âge de la puberté est particulièrement critique, mais surtout l'âge de la puberté morale qui vient un peu après celui de la puberté physique. C'est à ce moment que se posent les plus importants problèmes de la vie.

Le mot *hystérie* serait bien difficile à modifier, il faut le conserver. L'hystérie est une maladie mentale appartenant au grand groupe des maladies de dégénérescence ; elle n'a que des symptômes physiques assez vagues, consistant surtout en une diminution, elle est surtout caractérisée par des symptômes moraux ; le principal est un affaiblissement de la faculté de synthèse psychologique, un rétrécissement du champ de la conscience ; un certain nombre de phénomènes élémentaires, sensations et images, cessent d'être perçus et paraissent supprimés de la perception personnelle, ce qui constitue les stigmates ; il en résulte une tendance à la division permanente et complète de la personnalité, à la formation de plusieurs groupes de phénomènes indépendants les uns des autres. Ces systèmes de faits psychologiques alternent à la suite des uns des autres, ou coexistent, ce qui donne naissance aux attaques, aux somnambulismes, aux actes subconscients ; ce défaut de synthèse favorise la formation de certaines idées parasites, qui, à l'abri du contrôle de la conscience personnelle, se manifestent par des troubles les plus variés, d'apparence uniquement physique, c'est-à-dire par des accidents.

On peut résumer cette longue énumération des attributs de l'hystérie et dire simplement : « L'hystérie est une forme de la désagrégation mentale caractérisée par la tendance au dédoublement permanent et complet de la personnalité. »

Il est bien entendu qu'une semblable définition ne prétend pas expliquer les phénomènes, elle a pour but simplement d'en résumer le plus grand nombre possible.

XI. — *Paralysie agitante et hystérie* ; par le D^r Chabbert, (de Toulouse), médecin consultant à Bagnères-de-Bigorre

(n° 76). — L'auteur se demande si les tremblements chroniques qui surviennent parfois après une émotion vive, un shock moral ou physique, ne devraient pas être rattachés à l'hystérie. Quoi qu'il en soit, il donne déjà une observation qui démontre : 1° que la paralysie agitante peut s'observer chez un individu ayant présenté des convulsions hystériques ; 2° que la paralysie agitante peut coexister avec des stigmates hystériques parfaitement caractérisés. Suit l'observation.

XII. — *Quelques considérations pour une étude comparative des paralysies motrices organiques et hystériques*; par le D^r Sigm. Freud (de Vienne, Autriche) (n° 77). — L'auteur, s'inspirant de Charcot, dit que la lésion, dans les paralysies hystériques, ne consiste pas en autre chose que dans l'inaccessibilité de la conception de l'organe ou de la fonction pour les associations du moi conscient, que cette altération purement fonctionnelle (avec intégrité de la conception même) est causée par la fixation de cette conception dans une association subconsciente avec le souvenir du trauma, et que cette conception ne devient plus libre et accessible tant que la valeur du trauma psychique n'a pas été éliminée par la réaction motrice adéquate ou par le travail psychique conscient. Mais même si ce mécanisme n'a pas lieu, s'il faut pour la paralysie hystérique toujours une idée auto-suggestive directe, la lésion serait toujours l'abolition de l'accessibilité associative de la conception de l'organe paralysé.

Et c'est bien, en effet, cette théorie qui explique les différences qui existent cliniquement entre les paralysies organiques et les paralysies hystériques. Ces différences sont connues aujourd'hui, grâce à Charcot et à ses élèves ; je n'en citerai que quelques-unes pour rappeler le souvenir des autres. Dans les paralysies organiques, de cause cérébrale, le territoire privé de mouvements répond à la distribution anatomique des nerfs ; dans les paralysies hystériques, il n'y a pas d'anatomie. Dans les premières, les limitations sont vagues, tout un membre est atteint inégalement, les parties extrêmes (mains, pieds) sont plus paralysées que les parties voisines du tronc ; dans les secondes, la limitation est parfaite. La dissociation, en un mot, est la règle dans l'hystérie, elle n'existe pas en réalité dans les lésions cérébrales ; ainsi une monoplégie cérébrale intense s'accompagne d'hémiplégie plus ou moins marquée, etc.

XIII. *Contribution à l'étude des tumeurs névrogliques de la moelle épinière (syringomyélie à type spasmodique)* ; par le D^r Raymond, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin

de Lariboisière (n° 78). — *Observation.* Homme, trente-sept ans, pas de syphilis. Un anthrax volumineux à la nuque, il y a quatre ans. L'affection a débuté, il y a trois ans, par des sensations de froid dans les jambes avec légère parésie des membres inférieurs. Plus tard, raideur généralisée aux quatre membres et à la poitrine, d'où gêne de la respiration et de la parole. Tous les réflexes sont augmentés, trépidation spinale intense. La sensibilité est intacte dans tous ses modes; vue, ouïe normales. Intelligence non altérée.

On diagnostique une « pachyméningite cervicale hypertrophique, myélite transverse consécutive, dégénérescence descendante des faisceaux latéraux ». En conséquence, on se décide à intervenir chirurgicalement. Trépanation du canal rachidien. Commencement rapide des symptômes de contractures, puis hyperthermie, tétanie généralisée et mort le cinquième jour.

Autopsie. Il n'y a pas trace d'infection consécutive à l'opération, l'hyperthermie était de nature nerveuse. La moelle est fortement augmentée de volume au niveau du renflement cervical et, à ce niveau, elle présente en arrière une coloration verdâtre. Il existe là, dans l'intérieur de la moelle, une tumeur molle, gélatineuse, verdâtre, qui occupe presque entièrement la place des cordons postérieurs. Au centre de cette tumeur, perte de substance de forme étoilée. Les racines antérieures et postérieures ont leur volume et leur consistance normales. La tumeur remonte jusqu'à quelques millimètres du bec du Calamus, et descend jusqu'à l'extrémité du renflement lombaire, en diminuant de volume et en se cantonnant dans la corne postérieure gauche. À partir de la région dorsale, le gliome n'est plus excavé. Ici se trouve une longue analyse histologique du néoplasme.

Cette observation est surtout remarquable par la rapidité de l'évolution de l'affection, par l'intensité des phénomènes spasmodiques, et enfin par l'absence prolongée des troubles de la sensibilité. Trois ans après le début, ceux-ci faisaient absolument défaut. Ce n'est qu'à la fin qu'on nota des territoires anesthésiés et d'autres régions où la sensibilité était dissociée.

XIV. — *De l'action sédative de la duboisine à doses continues chez les aliénés*; par le D^r Marandon de Montyel (n° 79). — Longue série d'observations de sujets atteints de maladies mentales diverses traités par la duboisine, à la dose continue de 2 à 4 milligrammes par jour pendant trois à quatre mois. L'auteur conclut de ces documents que :

La duboisine est un merveilleux sédatif capable d'apaiser

toujours et dans tous les cas l'agitation maniaque et lypémanique, soit vésanique, soit paralytique. Son action s'est manifestée sous deux degrés : l'une incomplète, une simple atténuation de l'excitation ; l'autre complète, la disparition totale de l'excitation pour un temps plus ou moins long. Dans les formes intermittentes, la duboisine a réduit la durée des crises et les a espacées. C'est surtout dans la maie chronique que ce médicament est efficace. L'accoutumance est parfois très rapide, et alors les élévations de doses sont sans effet. Malheureusement, la duboisine agit très désavantageusement sur la nutrition, particulièrement à la longue.

XV. — *Pseudo-sclérose en plaques d'origine palustre*; par le D^r Triantaphyllidès (de Batoum) (n° 79). — *Observation* : Un homme de trente-six ans, sans nervosité, bonne santé, est pris de fièvre intermittente à accès quotidiens au début, puis ensuite atypiques. Après vingt-cinq jours, la faiblesse est très grande et le malade couché, présente tous les symptômes de la sclérose en plaques, et très marqués. Le foie et la rate sont engorgés. Traitement par le sulfate de quinine, guérison rapide et complète.

XVI. — *Contribution à l'étude des tumeurs du cerveau : un cas de gliôme neuro-formatif*; par le D^r Raymond (n° 80). — Très intéressante observation, parce qu'il est curieux de voir une cellule néoplasique, reproduire un élément d'une si haute différenciation que la cellule nerveuse. En plus, ce cas démontre la parenté des cellules nerveuses avec les cellules de la névroglie. Le voici :

Céphalalgie violente avec crises épileptiformes, démence rapide, sans délire, sans paralysie, titubation rendant la marche et la station debout impossibles. Evolution de la maladie en quatre mois. Mort dans le coma.

Autopsie : Gliôme neuro-formatif du volume d'une orange, parti de la face interne du lobe frontal gauche. Compression cérébrale. Atrophie par compression des fibres tangentielles de l'écorce du cerveau; dégénérescence des fibres de la substance blanche du lobe frontal gauche et du faisceau d'association sous-jacent à la circonvolution de l'ourlet.

Examen histologique : Sur des dissociations de fragments de la tumeur à l'état frais, on voit de nombreuses cellules ressemblant les unes à des cellules de la névroglie, les autres à des cellules nerveuses à prolongements multiples. On voit aussi des filaments de 1 à 2 μ d'aspect fibrillaire, ce sont des fibres

nerveuses amyéliniques. Sur des coupes, on voit que les éléments embryonnaires prédominent à la périphérie de la tumeur et à mesure que l'on s'approche du centre, on voit ces éléments évoluer vers le type adulte.

XVII. — *Notice sur l'asile d'aliénés de La Roche-sur-Yon*; par le D^r Cullerre (n° 89). — En quelques pages, M. Cullerre donne l'historique de l'asile qu'il dirige depuis bien des années déjà; il expose le fonctionnement de cet établissement dont il note avec impartialité les parties louables et les parties défectueuses; il fait enfin la géographie médicale, au point de vue psychiatrique, de l'asile et du département de la Vendée.

XVIII. — *Sur une lésion systématisée du cervelet et de ses dépendances bulbo-protubérantielles*; par H. Royer, chef de clinique des maladies mentales, et J. Collet, préparateur du cours de pathologie générale à la Faculté de Lyon (n° 81). — C'est l'autopsie d'un malade qui avait présenté la plupart des symptômes de la sclérose en plaques, et, de plus, un tremblement des cordes vocales (symptôme décrit comme à peu près spécial à la sclérose en plaques). On trouva une sclérose du cervelet avec lésions secondaires de la protubérance. Ce cas mérite d'être rapporté en détail à cause de sa rareté, disent les auteurs.

XIX. — *Perversions sexuelles à forme obsédante*; par François Boissier et Georges Lachaux, internes à l'asile clinique (Sainte-Anne) (n° 81). — B..., trente-deux ans, bien constitué, oreilles en anse, légère asymétrie faciale. Ce sujet appartenait à une famille de névropathes, aliénés, impulsifs, dipsomanes dans les branches paternelle et maternelle. Lui-même est instable, perplexe, émotif, porté à mentir sans avantage pour lui. Il est arrêté en mai 1892, au jardin des Tuileries, parce qu'il exhibait ses organes génitaux devant des femmes.

Il éprouve, en effet, l'impulsion irrésistible, avec angoisse, obsession, de défaire son pantalon et d'exhiber ses organes génitaux en public. L'acte accompli, il ressent un grand soulagement et redevient calme. Le malade a une maîtresse et des appétits génésiques normaux. Il s'agit donc d'un cas typique de dégénérescence intellectuelle avec syndrome épisodique.

Un autre malade, observé par les auteurs, présente une autre perversion sexuelle, il se livre à la bestialité. A neuf ans, il a pratiqué le coït sur une poule, à treize ans sur une génisse, à dix-sept ans enfin sur une ânesse. Il se marie à vingt ans et cesse pendant quelque temps tout rapport bestial, mais s'étant

mis à boire, son goût dépravé revient avec, cette fois, tous les caractères de l'impulsion angoissante. Il résiste autant qu'il peut, mais il finit toujours par succomber.

Annales de psychiatrie et d'hypnologie.

I. — *Les infirmités du génie*; par le D^r Cabanès (n° 1). — Moreau (de Tours), a dit que le génie n'était qu'une névrose, et que la constitution d'un homme de génie était bien réellement la même que celle d'un idiot. Tout en trouvant la doctrine exagérée, M. Cabanès dit, lui, que les fous, comme les hommes de génie, sont en dehors de l'humanité, c'est-à-dire que les uns et les autres sont des anormaux. Il ajoute que les bizarreries des grands hommes ne sont parfois que les formes atténuées d'une vésanie qui se caractérise nettement dans la descendance.

Plus loin, il établit une division entre les esprits supérieurs : les uns mettent un frein à leur imagination, les autres se laissent dominer par le rêve. Parmi les premiers se trouvent Darwin, Voltaire, Lavoisier. Cette division me semble renverser la doctrine de l'homme de génie anormal, dans ce qu'elle a d'absolu.

Mais l'auteur revient à son idée première : la vérité, dit-il, est que la plupart des hommes qui ont marqué dans la littérature, les sciences et les arts, ont présenté des stigmates physiques ou psychiques de dégénérescence. Suit une liste d'hommes supérieurs bizarres, déséquilibrés, maniaques, plus ou moins aliénés. En résumé, les analogies qu'on observe entre le génie et la folie, ne prouvent pas qu'on doive confondre ces deux termes, mais il est indéniable qu'ils ont de nombreux points de contact. Ce qui est, je crois bien, la doctrine classique.

II. — *Le suicide de Tom Cliboath*; par le D^r Collineau (n° 1). — Relation d'un fait d'une excentricité hors ligue, qui vient de se passer à Baltimore. Tom Cliboath, homme vigoureux, énergique, intelligent, dans la force de l'âge, n'a jamais pu réussir dans ses nombreuses entreprises. La malechance l'a poursuivi toute sa vie. Las de la lutte, sans ressource, il pense au suicide. Cette idée de suicide l'absorbe de plus en plus, il finit par la caresser avec plaisir et enfin à en devenir enthousiaste, mais il veut de magnifiques funérailles. Voici le

moyen qu'il employa pour en finir avec la vie, et en même temps, pour s'assurer l'enterrement qu'il rêvait. Il fit placarder partout d'immenses affiches où on lisait : Tom Clibooth fera, tel jour, telle heure, une conférence sur la corruption des mœurs dans les États de l'Union. La recette est destinée à couvrir les frais de sa sépulture, il s'engage, en effet, à se brûler la cervelle à la fin de la séance. Les choses se passèrent comme elles avaient été annoncées, sa conférence terminée, Tom Clibooth se tira un coup de revolver dans la tête.

Ce qui est presque aussi bizarre que ce suicide, c'est l'enthousiasme qu'il provoqua dans les populations. Les funérailles de Tom Clibooth furent splendides. On fit de ce détraqué un type d'homme courageux ; on lui éleva, par souscription, un monument avec cette inscription : *Sta, viator, heroem calcas*. M. Collineau analyse l'état psychique du suicidé qui a entrepris son suicide avec enthousiasme et énergie, enthousiasme et énergie qui constituent le fond du caractère de cet Américain. Il explique aussi que ce Tom Clibooth n'a, en réalité, pas fait preuve d'un courage véritablement extraordinaire. « Ce n'est pas un héros, dit-il ; peut-être, en cherchant bien, en découvrirait-on çà et là les membres. »

III. — *De l'expérimentation dans l'étude de l'hypnotisme à propos des prétendues expériences de contrôle de M. Hart (de Londres)* ; par Gérard Encausse, chef du laboratoire hypnotique à la Charité (n° 2). — En physiologie ordinaire, les causes d'erreur sont relativement faciles à prévoir ; il n'en est pas de même en hypnotisme. Les déductions ne se tirent plus des modifications apportées dans des appareils de physique, mais bien des modifications apportées dans des êtres humains, placés dans des conditions particulières d'excitabilité. Or, ces êtres humains sont capables de réagir, non seulement sous l'influence des conditions extérieures dans lesquelles on les met, mais encore sous celle des passions et des tendances psychiques personnelles. D'où de multiples causes d'erreur. Pour les éviter, il faut : 1° une très grande habitude de l'expérimentation hypnotique ; 2° la multiplicité des sujets employés ; 3° l'absence complète de toute idée théorique préconçue.

L'auteur développe ces trois sortes de conditions essentielles dans l'expérimentation hypnotique. Il insiste spécialement sur la troisième, l'absence de toute théorie préconçue. Les Ecoles ont créé des dogmes en hypnotisme, il faut les ignorer et laisser les phénomènes se produire spontanément. C'est cette neutra-

lité absolue qui a permis à M. Luys de noter une foule de faits nouveaux qui indisposent les esprits enclins au dogmatisme.

Eh bien, M. Hart (de Londres), qui prétend avoir expérimenté sérieusement et avoir infirmé les faits nouveaux de M. Luys, ne s'est assujéti à aucune des trois conditions sus-énoncées. Le D^r Hart, au dire de l'auteur, n'aurait pas la compétence nécessaire pour juger les questions d'hypnotisme; enfin, ce mémoire que j'analyse, tourne ici à l'article de polémique. J'en ai extrait ce qui me semblait scientifique, je ne veux pas m'occuper du reste; ce qui ne m'empêche pas de trouver blâmable la conduite de ce médecin anglais qui, bien reçu dans le service de M. Luys, s'empresse, dès son retour à Londres, de critiquer, non sans violence, le médecin de la Charité.

IV. — *Documents statistiques pour servir à l'étude des conditions pathogéniques de la paralysie générale*; par le D^r Luys (n° 2). — Les recherches de M. Luys portent sur 140 paralytiques généraux appartenant à un milieu élevé de la société : *Age* : L'âge moyen est de 43 ans chez les hommes et de 40 chez les femmes. — *Sexe* : 136 hommes et 4 femmes, mais dans les classes pauvres, le niveau d'équilibre tend sensiblement à s'établir. — *Taille* : 3 p. 100 seulement de tailles élevées. — *Etat civil* : 42 p. 100 de célibataires, 58 p. 100 de gens mariés. — *Natalité* : Les unions de paralytiques tendent à la stérilité et les enfants issus de ces unions sont irréguliers dans leur développement physique et mental. — *Ascendants* : L'influence des états névropathiques des parents, surtout de la mère par rapport aux fils, est certaine. En réalité, la paralysie générale préparée lentement chez l'ascendant, peut ne pas se manifester dans la ligne descendante; mais, vient-il à se rencontrer des conditions extrinsèques aptes à faciliter son éclosion, elle apparaît bientôt, elle frappe l'individu et abâtardit sa descendance.

V. — *Les expériences du D^r Luys et de M. de Rochas sur l'extériorisation de la sensibilité*; par Just-Sicard de Plauzoles (n° 2). — Qu'est-ce que le phénomène de l'extériorisation de la sensibilité étudié par MM. de Rochas et Luys. Certains sujets en état hypnotique jouissent de la propriété de voir les *effluves* qui s'échappent des pôles d'un barreau aimanté, ils voient aussi les effluves bleus et rouges qui s'échappent du corps d'un individu quelconque. Donc, à l'état normal de l'homme s'échappent des aigrettes colorées, plus ou moins longues. Si l'homme est en état d'hypnose, les aigrettes sont remplacées par des couches concentriques colorées qui l'entourent.

Eh bien, si, chez certains de ces sujets en état d'hypnose, on pousse à leur insu l'air à une certaine distance de la surface eutanée, la sensation de pincement est perçue. C'est que leur sensibilité est extériorisée.

Il y a mieux. On peut charger de cette sensibilité extériorisée des corps : eau, figurine de cire, en les plongeant dans la zone ou mieux en les mettant en contact avec le sujet. Celui-ci ressent les piqûres pratiquées sur le corps ainsi chargé de sensibilité, alors même qu'on pratique les piqûres loin de lui, dans une autre chambre, par exemple. Enfin, les plaques photographiques ainsi chargées de sensibilité et sur lesquelles on prend ensuite la photographie du sujet qui a fourni la sensibilité, deviennent d'excellents intermédiaires. Si l'on pique la photographie à la main, le sujet perçoit la figure à la main; même résultat si on pique la photographie à la figure, le sujet éprouve une douleur à la figure. On ne peut s'empêcher, en lisant ces expériences, de songer à l'*envoûtement* du moyen âge. Je ne ferai aucune remarque sur la sensibilité extériorisée. M. Luys m'a fait l'honneur de répéter les principales expériences devant moi, dans son laboratoire de la Charité. Plus encore que dans les autres expériences d'hypnologie, il faudrait, pour la sensibilité extériorisée, procéder d'après les règles les plus minutieuses de l'expérimentation scientifique. Les hystériques en hypnotisme ont parfois le sens du tact excessivement développé; il faudrait voir si le pincement qu'ils ressentent, alors qu'il n'y a pas contact, ne proviendrait pas de l'ébranlement de l'air, etc. Je dois croire que M. Luys a prévu toutes ces objections et qu'il a pris ses précautions en conséquence.

VI. — *De la périodicité dans certaines formes de troubles de l'innervation cérébelleuse*; par le D^r Luys (n^o 2). — M. Luys incline à penser que la périodicité, phénomène que l'on retrouve si souvent dans les névropathies, est imputable à une perturbation dans l'innervation du cervelet. Voici sur quels arguments il appuie son idée :

Sur 150 cas de lésions cérébelleuses, il a noté un certain nombre de fois l'existence des phénomènes intermittents, jamais il ne les a vu signalés dans les lésions des lobes cérébraux ou de la moelle. Le tissu du cervelet est beaucoup plus sensible à l'action des spiritueux que les lobes cérébraux, la preuve en est dans les lésions trouvées aux autopsies dans l'alcoolisme aigu, aussi dans les phénomènes de l'ivresse, titubation, bredouillement, etc., qui indiquent que le cervelet est le premier engagé.

Ces considérations expliquent l'intermittence dans la dipso-manie.

VII. — *Les neurasthénies d'origine toxique*; par Lefèvre, ex-interne des asiles de la Seine (n° 3). — La neurasthénie est assez fréquente à la suite des maladies aiguës, fièvres éruptives, fièvre typhoïde, etc., quand ces maladies ont eu une longue durée et qu'elles ont présenté une marche irrégulière, rémittente. *L'influenza*, sous ce rapport, présente une importance particulière. Du reste, toutes les vésanies à formes dépressives, les ischémies généralisées, comme les appelle M. Luys, sont des manifestations diverses de la neurasthénie. Au début de toutes les folies sympathiques, folie cardiaque, diabétique..., on voit une période de neurasthénie. Ce sont là des neurasthénies toxiques, il y a toxémie dans tous ces cas, toxémie cardiaque, brightique (celle-là est typique), toxémie hépatique.

Enfin, on connaît les neurasthénies produites par les intoxications chroniques, alcoolisme, morphinisme, tabagisme, saturnisme, etc.

VIII. — *Des passions persistantes dans la démence*; par le Dr Paul Moreau (de Tours) (n° 3). — Chez les déments les passions apparaissent dans un ordre qui semble être déterminé par leur nature intime, par leur caractère psychologique. Celles d'abord qui se rattachent par plus de liens à la constitution physique de l'individu, qui se développent les premières dans l'évolution des facultés mentales. Parmi elles, on distingue la propension extrême à se mettre en colère. L'amour physique et les désordres qui en découlent doivent être l'objet d'une surveillance spéciale chez les vieillards. Les facultés qui supposent les relations sociales ne semblent plus exister, ou sont très affaiblies, ainsi les déments ont-ils perdu le sentiment des convenances. Ils ne connaissent point la honte, mais ils ont encore la crainte du châtement. Si la démence est moins profonde, les malades ont encore le sentiment de la famille, ils sont surtout sensibles à la perte de la liberté. Il peut arriver que les sentiments affectifs soient profondément altérés, alors que les lésions de l'intellect sont légères. Il en est qui vivent dans un état extraordinaire d'insouciance et d'apathie. Certains caractères de l'individu persistent en s'aggravant encore dans la démence, ainsi l'irascibilité, et c'est pourquoi l'homicide n'est pas rare dans la démence. En somme, l'appréciation de l'état mental des déments constitue un des points les plus difficiles et les plus délicats de la médecine légale.

IX. — *De l'automatisme morbide des éléments nerveux (régions émotives)*; par le D^r Luys (n° 4). — M. Luys insiste depuis longtemps sur cette forme spéciale de l'activité de la cellule nerveuse qu'il appelle *automatisme*. Tous les actes de la vie nerveuse sont l'expression de cette force aveugle de la cellule cérébrale qui, à l'état pathologique, devient tumultueuse et impérative. Lorsque certains groupes de cellules, dans les régions émotives de l'écorce, entrent en éréthisme, il se développe un état d'émotivité morbide, involontaire, irrésistible, qui crée chez l'individu une émotion partielle contre laquelle il lutte, et qui le domine sous forme d'obsession persistante. Suit une observation due à M. le D^r Mairat, que M. Luys présente comme un exemple typique des faits pathologiques dont il donne la théorie.

X. — *Statistique des malades traités à la Charité, dans la clinique hypnothérapique* du D^r J. Luys, pendant le cours de l'année 1892 (n° 41). — 51 observations seulement sont retenues, les autres n'étant pas assez intéressantes pour qu'on en tienne compte. Tous ces malades ont été traités par les méthodes dérivées de l'hypnotisme. Sur ces 51 malades, on note comme guéris 21, soit 47 p. 100; comme améliorés 20, soit 39 p. 100; comme stationnaires 7, soit 13 p. 100. Sur ce nombre de 51 malades, les hystéro-épileptiques figurent pour 16. Dans un cas de dipsomanie, les impulsions à boire ont disparu sous l'influence des suggestions. Dans plusieurs cas de mélaucolie, les impulsions suicides ont cédé à la même influence. Trois hémiplégies et une paralysie agitante ont été notablement améliorées par les transferts et la couronne aimantée. Des troubles psychiques, hallucinations, délires de persécution... ont été traités avec succès. Le traitement hypnothérapique exige surtout de la persévérance; bien des malades venus dans le service, après avoir épuisé toutes les ressources de la thérapeutique ordinaire, y ont trouvé une amélioration rapide ou une guérison complète inespérée.

XI. — *Obnubilation des facultés mentales et sensorielles produites par un traumatisme tout à fait insolite*; par le D^r Luys (n° 5). — Un chef d'orchestre d'un établissement de Folies-Bergère de province reçoit sur la tête une acrobate de quinze ans, qui avait manqué son trapèze, et qui lui arrivait ainsi sur le crâne d'une hauteur de 5 mètres, avec, en outre, une force impulsive considérable, produite par l'acrobate elle-même, qui s'était élancée dans le vide, d'un trapèze à un autre trapèze.

Il peut se lever de son pupitre et gagner la scène où il tombe sans connaissance. Il reprend un peu connaissance le lendemain, mais il reste aveugle, muet, sourd. Au bout de quatre jours la vue et l'ouïe sont revenues, mais le mutisme a persisté. Sensation d'une boule d'eau qui se déplace dans la tête. Céphalée violente et constante. Tout travail intellectuel est impossible, insomnie, le sens du goût a disparu. Cet état persiste tel, malgré tous les traitements employés depuis plusieurs années (?).

XII. — *Des folies sympathiques consécutives aux opérations gynécologiques*; par le D^r Luys (n° 6). — M. Luys, convaincu que les mutilations profondes qui s'exercent de plus en plus fréquemment sur des viscères, comme les organes génitaux internes de la femme, lesquels ont un retentissement si considérable sur le *sensorium*, doivent amener des modifications psychiques plus ou moins importantes chez les femmes ainsi opérées, M. Luys, dis-je, a résolu de réunir le plus possible de faits pour éclairer cette question. Pour commencer, il cite un extrait du rapport de M. le D^r Ségond, au Congrès de Bruxelles. On lit dans ce rapport que, d'après Glœvecke, dans un tiers des cas de laparotomie, on observerait une dépression mentale plus ou moins prononcée, mais qui n'aboutirait que rarement à de véritables psychoses; mais M. Ségond trouve la proportion très exagérée. Selon lui, nombre d'opérées conservent même intacte leur appétence génésique. Autre document: M. le D^r Debove relate le cas d'une femme, devenue hystérique après avoir été ovariectomisée. Troisième document: M. Baldy remarque que le huitième des femmes aliénées soignées dans les asiles de Pensylvanie, avaient subi antérieurement une laparotomie. M. Baldy affirme que la folie post-opératoire est beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit.

XIII. — *De quelques pratiques thérapeutiques anciennes, employées dans le traitement de la folie et des maladies nerveuses*; par le D^r Paul Moreau (de Tours) (n° 6). — L'auteur rappelle quelques pratiques anciennes, bizarres et naïves. Il fait précéder cet exposé de cette réflexion que « Tout change, et en somme, c'est toujours la même chose ». Cependant il semble que ce n'est pas toujours la même chose. M. Moreau (de Tours) raconte que nos ancêtres guérissaient l'épilepsie en faisant manger du foie de loup au malade; aujourd'hui on guérit parfois l'épileptique et on le soulage toujours en lui faisant boire des solutions de bromures.

XIV. — *De la visibilité directe des effluves cérébraux*; par le D^r Luys (n° 8). — Certains sujets en état d'hypnose ont une hyperacuité telle de la vision, qu'ils voient les fluides électriques et magnétiques, et les différents effluves qui se dégagent des êtres vivants. Le pôle austral d'un barreau aimanté dégage des effluves rouges; le pôle boréal, des effluves bleus; les régions intermédiaires du barreau paraissent jaunes. Pour une pile électrique, le fil négatif présente une coloration bleue; le positif, une coloration rouge. Quand les deux fils sont juxtaposés par leurs extrémités, dans l'intervalle la coloration est jaune.

Chez l'homme, on note, avec le secours de certains sujets, que la surface de la moitié gauche du corps est bleue. Les yeux, les oreilles, les narines dégagent des irradiations bleues. Le côté droit dégage des effluves rouges. La région de la ligne médiane dégage une coloration jaune. Chez les sujets hystériques, les effluves du côté droit sont remplacés par une coloration violette. Quand il y a paralysie, apparition de points noirs sur le tégument des parties paralysées.

M. Luys a voulu savoir si ces effluves étaient perceptibles sur l'encéphale. On mit rapidement à nu le cerveau d'un chien, le lobe droit parut rouge, au sujet, et le lobe gauche lui parut bleu, le lobe médian du cervelet, jaune. Les effluves disparurent dès que le cerveau se fut refroidi.

XV. — *Nouveau procédé rapide de la métalloscopie à l'aide d'un sujet hypnotisé*; par le D^r Moricourt, ancien interne des hôpitaux de Paris, ancien chef de clinique du D^r Burq (n° 8). — On connaît la métallothérapie de Burq. Or, il arrive parfois que lorsqu'on recherche le métal répondant à l'idiosyncrasie du sujet, c'est-à-dire capable d'amener la guérison, l'anesthésie est tellement profonde qu'il faut laisser le métal appliqué pendant plusieurs jours pour obtenir le retour de la sensibilité, et ce retour est parfois tellement fugace qu'il est très difficile à saisir. C'est ce que Burq appelait « une aptitude métallique dissimulée ». Il existe plusieurs procédés pour surmonter cette difficulté : ainsi l'interposition d'une compresse humide entre le métal et la peau, l'administration à l'intérieur de la strychnine, etc. Il existe d'autres procédés qui se rattachent à l'hypnotisme; par exemple, on met le sujet en somnambulisme, la sensibilité est exagérée. Mais tous les sujets ne sont pas hypnotisables. Voici un nouveau procédé qui consiste à utiliser un sujet hypnotisé quelconque. On met ce dernier en somnambu-

lisme et on lui fait prendre les mains de la malade. On applique alors sur l'avant-bras de cette dernière différents métaux. Cette malade, presque réfractaire jusqu'alors, sent très rapidement l'action des métaux et conserve, par la suite, cette impressionnabilité.

XVI. — *L'onychophagie, sa fréquence chez les dégénérés et son traitement psychothérapique*; par le D^r Edgard Bérillon, médecin-inspecteur adjoint des Asiles publics de la Seine (n^{os} 11 et 12). — De toutes les habitudes vicieuses ou nuisibles que l'on rencontre chez les dégénérés, l'onychophagie est certainement la plus fréquente. Au point de vue de l'hygiène, elle a des inconvénients sérieux : d'abord, l'absorption possible des microbes pathogènes qui peuvent se rencontrer dans les matières pulvérulentes accumulées sous les ongles. Ensuite une déformation *sui generis* de l'extrémité des doigts qui s'accompagne de la diminution de la sensibilité tactile. Quant à la cause de l'onychophagie, on la trouve dans la continuation de cet instinct des enfants en bas âge qui pousse ceux-ci à sucer, d'une façon réflexe, tout ce qui se trouve en contact avec leur bouche. L'hérédité et l'imitation sont aussi deux facteurs étiologiques très importants.

L'onychophagie est ordinairement un acte inconscient; elle acquiert d'autant plus d'intensité que le sujet est absorbé par une préoccupation quelconque. Elle est souvent liée à d'autres manifestations de la dégénérescence, telles que l'incontinence d'urine, le somnambulisme... et surtout l'onanisme. La dégénérescence dans certaines familles fertiles en onychophages atteint parfois un tel degré, qu'on n'y trouve pas un seul parent qui ne soit ou alcoolique, ou joueur effréné, ou convulsivant, ou aliéné, ou délinquant. Beaucoup d'onychophages portent des stigmates prononcés de dégénérescence physique.

Dans une école communale de garçons, de Paris, l'auteur a trouvé que sur 265 élèves, 63 se mangeaient les ongles. Ici, une statistique détaillée de l'onychophagie relativement au sexe, aux conditions sociales, etc., des enfants.

Enfin, nous arrivons au traitement. L'isolement, dans certains cas dus à l'imitation, réussirait toujours. Frotter l'extrémité des doigts avec une substance amère. Mais M. Bérillon recommande surtout le traitement *psychique*, si puissant contre toutes les habitudes vicieuses. Par traitement psychique, il entend la suggestion hypnotique, et il donne à l'appui de cette doctrine une série d'observations d'onychophages plus ou moins

anciennes, plus ou moins compliquées d'autres phénomènes de dégénérescence, rapidement guéries par la suggestion en état d'hypnose.

XVII. — *Crises de rétention d'urine datant de plusieurs semaines et guéries instantanément chez un sujet hystérique, à l'aide d'un transfert suggestif*; par le D^r Luys (n° 12). — Voici le *modus faciendi* : Le malade est mis en communication par les mains avec le sujet transfert, lequel est mis en léthargie. Le médecin relie les deux individus, le malade et le sujet transfert, par le moyen des effluves d'un gros barreau aimanté qu'il promène alternativement autour de l'un et de l'autre. A ce moment, le sujet transfert commence à geindre, à se plaindre des lombes et de l'hypogastre, il se tord sur sa chaise. La réalité est qu'il a pris au malade sa maladie ; c'est lui qui a de la rétention d'urine et le malade est guéri. Mais, au réveil, le sujet transfert est lui-même subitement débarrassé de son affection momentanée. Notez que, dans le cas actuel, le sujet transfert est une femme, mais la chose importe peu.

Le Progrès médical.

I. — *Du dermatographe*; par le D^r Barthélemy, médecin de Saint-Lazare (n°s 1, 2 et 3). — Le dermatographe est l'aptitude que prennent les téguments de conserver, très amplifiées et plus ou moins durables, les traces qui y sont faites. C'est donc un trouble fonctionnel vaso-moteur de la peau. On doit le considérer comme un syndrome, et les conditions qui président à sa production sont le nervosisme et l'arthritisme. Pour qu'il se produise, il faut, en effet, un système nerveux spécialement impressionnable; mais il faut en plus un toxique, lequel agit soit sur les nerfs périphériques de la peau (théorie eutanée), soit sur les centres nerveux, ou mieux sur le bulbe (théorie bulbaire). C'est à cette dernière théorie que se rallie l'auteur.

Le dermatographe n'est, en somme, que le témoignage que le système nerveux a cessé d'être réfractaire au toxique; il prouve que l'intoxication est faite et qu'une névrose s'est établie, la névrose vaso-motrice, ou plutôt la *neurodermie toxivaso-motrice*. Mais le toxique est léger, car il n'intéresse pas l'organisme, la santé générale reste bonne. L'auto-intoxication est le

fait le plus habituel, mais le poison peut aussi venir du dehors.

A considérer dans leur ensemble les diverses manifestations de la neurodermie toxivaso-motrice, on arrive à établir que le dermatographisme saillant n'est que l'exagération d'un état analogue très fréquent qui se rencontre chez nombre de dyspeptiques, lequel, lui-même, n'est que l'exagération d'un phénomène normal. Au dermatographisme, il faut rattacher l'érythème émotif.

Les considérations qui précèdent m'ont paru originales, et c'est pourquoi je les ai résumées; le reste du travail n'est guère qu'une étude clinique très intéressante, mais ne comportant pas de propositions inédites. L'auteur insiste, à plusieurs reprises, sur l'association fréquente du dermatographisme et de l'hystérie, et il trouve dans ce fait un argument en faveur de la théorie qui considère les troubles hystériques comme consécutifs, eux aussi, à des intoxications. L'hérédité, incontestable souvent, s'expliquerait par une susceptibilité spéciale et héritée du système nerveux à l'égard du toxique. « Le dermatographisme ne serait pas engendré par l'hystérie, mais l'hystérie et le dermatographisme relèveraient sinon d'une seule et même cause (ce qui n'est pourtant pas impossible), du moins de causes analogues et très voisines. »

Je dois cependant encore signaler la partie de cette étude qui a trait à l'hypnotisme et aux suggestions chez les sujets présentant du dermatographisme. L'influence de l'hypnotisme passerait pour être nulle. Mais il est certain qu'il existe des faits incontestables de dermatographisme par suggestion, et même par autosuggestion. Il est hors de doute que le dermatographisme figurait parmi les principales marques qui sont signalées comme ayant entraîné la conviction des pourvoyeurs de bâchers d'autrefois,

II. — *Un danseur monomane*; par Gilles de la Tourette et Damain (n° 2). — Communication faite à la *Société de médecine légale*. Observation d'un héréditaire déséquilibré impulsif. Ce sujet, dès qu'il entendait une musique bruyante, se mettait à danser, à sauter en mesure avec force gestes désordonnés. Il avait une peine énorme à résister à cette impulsion. Il était, en outre, un peu mégalomane, comme la plupart des imbéciles, et il racontait avec complaisance ses impressions au bal, ses tendances morales, toute son histoire enfin, qui, selon lui, était chose très intéressante pour la science. Cette impulsion à danser était relativement récente; antérieurement à elle, le sujet avait présenté d'autres syndromes épisodiques : ainsi de l'angoisse

quand il s'agissait de mettre une lettre à la poste, il était méticuleux au possible. Ce danseur enragé était bien connu dans les bals publics de Paris, où on le désignait sous le nom de « le fou » ou « l'idiot ».

III. — *Tabes dorsalis et arthritisme*; par Sakorraphos (d'Athènes) (n° 5). — Plaidoyer en faveur de cette théorie que le tabes n'est pas intimement lié à la syphilis, comme beaucoup de médecins l'affirment. Le tabes est une maladie générale qui s'étend à tout l'axe nerveux central et aux nerfs périphériques. C'est une maladie dystrophique qui sévit surtout sur les arthritiques. Pour qu'un individu devienne ataxique, il ne suffit pas seulement qu'il ait eu la vérole ou qu'il ait fait des excès vénériens, ce ne sont là que des causes banales qui n'ont qu'une « importance très médiocre, pour ne pas dire nulle ».

IV. — *La nutrition dans l'hystérie*; par Gilles de la Tourette et Cathelineau (n° 6). — Communication faite à la *Société de biologie*. — M. Boyer avait combattu la doctrine de M. Gilles de la Tourette, sur la formule chimique de l'attaque (l'inversion de la formule des phosphates des urines), dans un travail intitulé : *Note sur la soi-disant formule urinaire dans l'hystérie*. — MM. Gilles de la Tourette et Cathelineau critiquent à leur tour le travail de M. Boyer. Selon eux, M. Boyer a mal choisi les sujets de ses observations : il a pris des malades de Bicêtre dans un service d'aliénés. Quand on veut contrôler des recherches, disent-ils, il faut se placer sur le même terrain que celui de l'observateur que l'on vise. Dans l'espèce, la coexistence de la folie a radicalement vicié les résultats de M. Boyer.

V. — *Deux cas de bégaiement hystérique chez des dégénérés*; par le Dr Chabbert (de Toulouse), médecin consultant à Bagneres-de-Bigorre (n° 8). — Le bégaiement hystérique n'a été étudié que dans ces dernières années; en voici deux observations :

Première observation. — Jeune garçon de quatorze ans, hérédité nerveuse, fièvre typhoïde à six ans. Depuis cette époque, céphalées intermittentes et épistaxis, puis ces symptômes disparaissent et sont remplacés par un bégaiement spécial. Il y a spasme de l'organe vocal et le sujet s'arrête brusquement au commencement ou au milieu d'un mot, il doit revenir sur les mots antérieurs, prendre en quelque sorte élan pour vaincre le spasme et articuler le mot commencé. Au début, il n'y avait pas arrêt, il y avait seulement hésitation dans l'articulation. En même temps qu'il bégaié, le sujet est obligé de mouvoir ses

pieds l'un sur l'autre. A noter que quand il chante ou quand il chuchote, il ne bégaye pas. Il s'agit bien là d'un bégaiement hystérique, la preuve en est dans la coexistence du bégaiement et des mouvements involontaires des membres inférieurs, dans l'existence de troubles sensitivo-sensoriels (diminution de l'acuité visuelle, rétrécissement du champ visuel, achromatopsie), enfin dans l'hérédité névropathique. Traitement : gymnastique vocale et hydrothérapie, guérison progressive avec passage par les différentes périodes qui avaient marqué le début ; ainsi l'arrêt de l'articulation est remplacé par l'hésitation, puis cette hésitation disparaît dans la conversation pour ne se manifester qu'à certains moments, par exemple quand l'enfant récite une leçon ; enfin guérison complète.

Deuxième observation. — Analogue à la précédente, mais l'affection est plus ancienne, le sujet a vingt-six ans et il bégaye depuis son enfance. Il y a hérédité névropathique ; le bégaiement s'accompagne de mouvements continus involontaires des doigts, et enfin on constate des stigmates permanents d'hystérie. Ces trois éléments cliniques suffisent pour affirmer le diagnostic de bégaiement hystérique. Le sujet n'est pas suivi, pas de traitement.

Une particularité à noter : le sujet de cette observation parlait indifféremment en français et en patois du Languedoc, et il ne bégayait que quand il s'exprimait en français, langue qu'il n'avait parlée qu'en second lieu ; jusqu'à l'âge de quatre ou cinq ans, il ne connaissait que le patois.

VI. — *Amyotrophies spinales réflexes d'origine articulaire* ; leçon du Dr Charcot, recueillie par M. Dutil, chef de clinique (n° 13). — On sait que les lésions articulaires entraînent parfois l'atrophie du membre. C'est une atrophie simple, sans contracture, sans réaction de dégénérescence, les fibres musculaires ne sont pas granuleuses, les filets nerveux sont intacts. Ce phénomène morbide s'explique par une action réflexe dont le point de départ est constitué par les extrémités des nerfs péri-articulaires. Il y a modification fonctionnelle des cellules des cornes antérieures et finalement atrophie musculaire du membre auquel appartient l'articulation lésée. C'est Vulpian qui a exposé cette théorie réflexe, et elle a été confirmée depuis peu par de nombreuses observations et de nombreuses expériences.

Or, il n'est pas nécessaire que le point de départ du réflexe soit une articulation, un traumatisme des parties molles ou des

parties dures, *abarticulaires*, peut provoquer la même atrophie simple, sans contracture du membre. Il y a ordinairement exagération des réflexes tendineux dans le membre malade. Suivent quelques observations succinctes à l'appui de cette proposition, et une observation plus détaillée, laquelle est, en somme, le principal élément de cette leçon clinique. Il s'agit d'un jeune homme qui, s'étant blessé le pied dans un accident de bicyclette, vit en peu de jours tout le membre inférieur s'atrophier.

Ces atrophies sont tenaces, elles s'améliorent, les fonctions du membre se rétablissent, mais des années après l'accident, l'atrophie est toujours évidente. Pourquoi le même traumatisme, au même point du corps, produit-il chez l'un une atrophie considérable et tenace, chez l'autre une atrophie légère, et ne produit-il rien du tout chez un troisième? Il faut en chercher la raison dans l'existence ou la non-existence des tendances névropathiques chez les sujets, tendances névropathiques héréditaires ou acquises.

VII. — *Paraplégie urinaire incomplète des membres inférieurs, accompagnée de pseudo-ataxie locomotrice et de paralysie du sphincter de la vessie, consécutives à un phimosis et complètement guéries après l'opération*; par le Dr Solon Chomatianos (d'Athènes) (nos 15 et 16). — L'observation qui fait l'objet de cet article est résumée dans son titre même, il est inutile de rien ajouter à celui-ci. Les paraplégies et les paralysies vésicales, d'origine génito-urinaire, sont bien connues; mais ce qui fait l'intérêt de ce travail, c'est la relation de cause à effet que l'auteur établit entre un phimosis et les symptômes ataxiques. Ces derniers comprenaient: la marche ataxique, l'abolition des réflexes, le signe de Romberg et le signe d'Argyl-Robertson. Tous les accidents, paralytiques et ataxiques disparurent, paraît-il, rapidement et complètement dès qu'on eut pratiqué la circoncision.

VIII. — *Arthropathies syringomyéliques*. — Leçon faite par le Dr Chareot, à la Salpêtrière et recueillie par Dutil, chef de clinique (n° 17). — Analyse clinique d'un cas de syringomyélie très probable qui s'accompagnait d'arthropathies tout à fait semblables aux arthropathies tabétiques. Après avoir rappelé les caractères spéciaux des arthrites tabétiques, et avoir insisté sur ce fait qu'elles apparaissent parfois tout à fait au début du tabes, comme symptôme initial pour ainsi dire, le Dr Chareot expose l'observation suivante: Homme, trente-deux ans, bouclier, nullement diathésique, mais parents alcool-

liques. Il y a sept ans, hyperesthésie très violente des talons qui se dissipe vite, ensuite douleurs fulgurantes tout à fait semblables à celles de l'ataxie, mais qui se localisent exclusivement dans les diverses articulations. Ces douleurs ont persisté jusqu'à l'époque actuelle, mais bien moins intenses qu'au début. Enfin, apparition brusque d'arthrites déformantes au poignet, à l'épaule, au coude. Ce sont cliniquement des arthropathies tabétiques typiques.

S'agit-il d'un tabes ou d'une syringomyélie? Très probablement, il s'agit de la seconde affection. En effet, à part les douleurs fulgurantes, il n'existe chez le malade aucun symptôme tabétique. Mais ces douleurs fulgurantes n'ont jamais siégé que sur les articulations, particularité qui n'est pas notée dans l'ataxie, et chose plus décisive, les douleurs fulgurantes comptent parmi les phénomènes morbides de la syringomyélie. En outre, on constate la dissociation de la sensibilité dans un membre, symptôme qui n'est pas pathognomonique de la syringomyélie, mais qui ne se rencontre, en dehors de cette affection, que dans la lèpre, l'hystérie, certaines lésions des nerfs périphériques... Il existe aussi quelques légers troubles trophiques aux doigts, des phlyctènes. Enfin, les muscles d'une épaule sont manifestement atrophies.

Ces différents caractères, auxquels il faut ajouter un nystagmus marqué, qui tous se rattachent à la syringomyélie, font qu'en résumé, la très grande vraisemblance, pour ne pas dire plus, est chez le malade du côté de l'hypothèse d'arthropathies syringomyéliques « placées à l'avant-garde et presque complètement isolées des autres symptômes ».

Comme dernière conclusion : Les arthropathies du tabes et celles de la syringomyélie, au point de vue anatomique, ne se distinguent pas les unes des autres.

IX. — *De l'emploi du bromure de camphre dans le traitement de l'épilepsie vertigineuse*; par le Dr Bourneville (n° 18).

— Le bromure de camphre est un agent thérapeutique précieux dans l'épilepsie vertigineuse. L'auteur l'emploie depuis vingt ans avec succès et il donne cinq observations démonstratives des propriétés de ce médicament. L'administration du bromure de camphre, pour être efficace, doit être prolongée pendant des mois, il faut commencer par des doses faibles qu'on augmente progressivement. D'après les observations, on donne 40 centigrammes en débutant et on arrive à 1 gr. 50.

X. — *Les troubles oculaires dans la paralysie générale pro-*

gressive; par le Dr Gilbert Ballet (n° 23). — C'est une leçon clinique du professeur suppléant G. Ballet à l'asile clinique de Sainte-Anne.

Les symptômes oculaires constituent des manifestations de grande valeur pour le diagnostic de la paralysie générale, mais ils n'ont pas tous la même importance, et le vrai trouble oculaire de la méningo-encéphalite diffuse, c'est l'*ophtalmoplégie interne graduelle et progressive*.

On sait que le moteur oculaire commun innerve à la fois les muscles moteurs de l'œil, sauf le grand oblique, et la musculature interne de cet organe, laquelle est constituée par les fibres lisses du constricteur de la pupille et du muscle ciliaire. C'est la paralysie de ces deux derniers muscles qui constitue l'ophtalmoplégie interne. On la diagnostique de la façon suivante : 1° en faisant arriver un faisceau lumineux sur la pupille; si le constricteur est parésié ou paralysé, la contraction de l'iris est moins active ou nulle; 2° en faisant regarder au loin, la pupille se dilate, puis brusquement en faisant fixer un point rapproché, la pupille se contracte, selon que la réaction manque ou est défectueuse, il y a paralysie ou parésie du constricteur à l'accommodation; 3° la fonction du muscle ciliaire est reconnue normale ou défectueuse, selon que le sujet peut ou ne peut pas lire, à une distance donnée, proportionnelle à son âge, sans l'interposition de verres biconvexes.

Dans la paralysie générale, on observe une évolution progressive de ces divers troubles, lesquels se rattachent tous à l'ophtalmoplégie interne. On a la progression suivante : 1° parésie des mouvements de réaction à la lumière; 2° paralysie des mêmes mouvements; 3° aux troubles précédents s'ajoute la parésie de l'accommodation; et 4° paralysie complète à la lumière et à l'accommodation. Quand la progression est arrivée au deuxième degré, le signe d'Argyl-Robertson, si commun dans le tabes, se trouve réalisé. Quand la progression en est au troisième degré, ou a le pseudo-signe d'Argyl-Robertson que l'on méconnaît et que l'on prend souvent pour le signe véritable. En général, chez les paralytiques, les deux yeux sont atteints, mais à des degrés divers, d'où les inégalités des pupilles.

Il faut chercher la cause de ces troubles dans les noyaux d'origine du moteur commun. Ceux-ci sont disposés en deux groupes assez indépendants : le supérieur, d'où émaneraient les filets qui vont à la musculature interne de l'œil, est situé près des parois du 3° ventricule; l'inférieur, d'où émaneraient les

filets qui innervent les muscles moteurs, est situé au niveau de la partie inférieure de l'aqueduc de Sylvius. On comprend que dans la paralysie générale, le groupe supérieur puisse être atteint isolément.

Quant aux autres troubles oculaires, on en a observé un certain nombre, mais ils n'ont qu'une importance secondaire, telles sont les diverses lésions du fond de l'œil qu'on constate parfois dans le cours de la méningo-encéphalite. Le nystagmus, également noté quelquefois, aurait peut-être plus d'importance. Mais, en somme, c'est l'ophtalmoplégie interne progressive qui caractérise l'œil paralytique, comme on pourrait l'appeler, et il est arrivé qu'en l'absence d'autres symptômes, ce trouble oculaire caractéristique a suffi pour établir le diagnostic d'une paralysie générale à son début.

XI. — *Le syndrome paralysie labio-glosso-laryngée progressive dans le tabes.* Leçon du D^r Charcot, à la Salpêtrière, recueillie par J.-B. Charcot, interne du service (n° 24). — Analyse clinique d'un cas très rare de tabes supérieur avec tous les éléments du syndrome paralysie labio-glosso-laryngée. On sait que les noyaux moteurs du bulbe inférieur sont très rarement atteints dans le tabes, d'une façon permanente tout au moins, on cite les cas qui se rapportent à quelques-unes de ces localisations exceptionnelles. Dans l'observation qui suit on constate tout l'appareil de la paralysie bulbaire inférieure :

Homme, quarante-quatre ans, ancien marin, pas d'antécédents héréditaires, syphilis à l'âge de trente-deux ans, en outre fièvre jaune et fièvres intermittentes autrefois. Début, il y a trois ans par de l'amaigrissement et de la faiblesse générale. Puis successivement : insensibilité progressive qui, partie des lèvres, envahit toute la face, dysphagie, nasonnement de la parole, diplopie intermittente, spasmes laryngés classiques, douleur constrictive à la poitrine. Actuellement, ce qui frappe tout d'abord, c'est le syndrome labio-glosso-laryngé ; la voix est très nasonnée, la salive s'écoule, le sujet l'avale de travers quand il veut parler. Mouvements fibrillaires dans les muscles du menton, des lèvres et de la joue. Impossibilité de siffler. Le facial supérieur est indemne. Cette paralysie labio-glosso-laryngée est accompagnée d'anesthésie de la face, de la muqueuse de la bouche, du pharynx et des yeux. *Masque tabétique* caractéristique, avec la sensation particulière si pénible qui accompagne ce symptôme de l'ataxie. Symptômes oculaires : nystagmus, ophtalmoplégie incomplète externe, et exophtalmoplégie interne. Enfin plusieurs symp-

tômes tabétiques vulgaires tels que l'incontinence d'urine, l'abolition des réflexes patellaires.

XII. — *Du traitement chirurgical et médico-pédagogique des enfants idiots et arriérés*; par le D^r Bourneville (n° 25). — Communication faite à l'Académie de médecine. Voici les conclusions :

1° Le traitement chirurgical de l'idiotie repose sur une hypothèse que ne confirme pas l'anatomie pathologique.

2° La synostose prématurée des sutures du crâne n'existe pas dans les différentes formes de l'idiotie. Ce n'est que tout à fait exceptionnellement que l'on rencontre une synostose partielle.

3° Les lésions auxquelles sont dues les idioties sont d'ordinaire profondes, étendues, variées, et partant peu susceptibles d'être modifiées par la craniectomie.

4° Le diagnostic de la synostose des sutures et de l'épaisseur du crâne échappe jusqu'ici à nos moyens d'investigation.

5° D'après la plupart des chirurgiens, les résultats obtenus par l'intervention opératoire même sont légers, douteux ou nuls. Des accidents graves, paralysies, convulsions, etc., et la mort peuvent s'ensuivre.

6° *Le traitement médico-pédagogique* reposant sur la méthode imaginée par Séguin et perfectionnée par l'introduction de procédés nouveaux, appliquée judicieusement et prolongée un temps convenable, permet d'obtenir à peu près toujours une amélioration sérieuse et souvent même de mettre les enfants idiots et arriérés en état de vivre en société.

Ces conclusions résultent de nombreuses observations inédites relatées dans le cours de la communication, ainsi que de certains documents bibliographiques rappelés par M. Bourneville.

XIII. — *Chorée chronique infantile et athétose double*; par Brissaud, professeur agrégé, médecin des hôpitaux, et Hallion, interne des hôpitaux (n° 26). — Il est bien probable que la chorée chronique, surtout la chorée chronique infantile, et l'athétose double représentent de simples modalités d'un processus semblable. Voici une observation dans laquelle les deux états sont associés et confondus :

Une femme, âgée aujourd'hui de trente ans, et dont l'affection remonte à l'âge de trois ans, présente les symptômes suivants : contracture des muscles de la face qui s'exagère sous les influences psychiques et qui modifie la physionomie d'une façon telle que le sujet semble ébloui par une lumière trop vive. Les sourcils sont rapprochés, le pli naso-génien fortement ac-

centué, etc. Dans ces muscles ainsi contractés, se montrent de temps en temps de petites secousses irrégulières, dont l'intensité varie également sous les influences psychiques. Des secousses analogues, mais indépendantes de toute contracture, se voient aux doigts et aux orteils. Enfin aux mains, d'autres secousses, mais bien plus rares, déplacent la main tout entière en des sens variés. Le réflexe rotulien est exagéré d'un côté. Aucun trouble sensitif. Etat psychique satisfaisant.

Une cousine de la malade présente des troubles moteurs semblables.

XIV. — *Arthritisme et diathèse nerveuse*; par le D^r Ménelas Sakorrhaphos (d'Athènes) (n° 42). — Dans un article précédent l'auteur a déjà soutenu cette thèse que le tabes était une expression clinique de l'arthritisme, il poursuit aujourd'hui ses études sur les rapports qui existent entre l'arthritisme et les névropathies. Pour lui, la diathèse nerveuse n'est que la continuation de l'arthritisme et représente la période de déclin. La marche de l'arthritisme comprend trois périodes :

1^{re} Période des troubles dynamiques, caractérisée par les légers troubles fugaces qui ne laissent pas de trace anatomo-pathologique. Ainsi les spasmes, la toux spasmodique, les convulsions générales, etc.

2^{re} Période des grands troubles de la nutrition qui embrasse toutes les maladies décrites par le D^r Bouchard sous le nom de maladies par ralentissement de la nutrition, et en outre l'artériosclérose.

3^{re} Période de la dégénération individuelle. C'est dans cette période surtout qu'on rencontre les maladies nerveuses pures. La marche de l'arthritisme est lente et progressive, elle aboutit après de longues années à ladite diathèse nerveuse. Comme la vie d'un individu ne suffit pas pour l'évolution de cette maladie, celle-ci se transmet par voie d'hérédité. Suivent deux observations intéressantes, chacune embrasse trois générations et montre la marche progressive de la diathèse dans le cours de ces générations.

XV. — *Sur un cas de pseudo-paralysie syphilitique des nouveau-nés, envahissant les quatre membres et rapidement guérie*; par le D^r Clément Ferreira (de Rio-Janeiro) (n° 42). — Les faits de maladie de Parrot se multiplient tous les jours, grâce aux progrès de l'observation clinique; mais, contrairement à l'opinion de Parrot lui-même, cette affection est parfaitement curable. Exemple :

Fillette d'un mois, père syphilitique, elle est chétive et présente des éruptions syphilitiques multiples. Les membres supérieurs et inférieurs restent immobiles, l'enfant crie quand on leur imprime des mouvements. La pression au niveau de plusieurs grandes articulations, qui sont tuméfiées, est douloureuse.

Traitement par la liqueur de Van Swieten et les frictions à la pommade mercurielle. Guérison complète et rapide.

XVI. — *Idiotie et épilepsie symptomatiques d'une anomalie cérébrale*; par Bourneville et Sollier (n° 44). — *Observation* : Héritéité très légère. Rien de particulier à la conception, pendant la grossesse, l'accouchement, à la naissance. Convulsions huit heures après la naissance. Crises fréquentes à partir de ce moment. Turbulence. Physionomie hébétée. Onanisme. Parole nulle. Sens spéciaux nuls. Etat de mal épileptique et mort à l'âge de huit ans.

Autopsie : La pie-mère est légèrement épaissie et adhérente en quelques points. Les circonvolutions n'offrent pas d'anomalie dans leur topographie. Aucun point de sclérose. Au-dessus de la selle turcique et reposant sur elle une tumeur non recouverte par la pie-mère. Elle a 25 millimètres de largeur sur 30 de longueur. Elle paraît formée aux dépens des tubercules mammillaires, dont on ne distingue plus les saillies, et du tuber cinereum. Au microscope, on voit que sa structure est analogue à celle du cerveau, et qu'elle est divisée en substance grise à cellules nerveuses et en substance blanche à fibres nerveuses. Ces lésions n'expliquent guère l'idiotie et l'épilepsie; on ne peut attribuer ces états morbides qu'à un développement anormal.

XVII. — *Trente cas d'épilepsie traités par les injections sous-cutanées de liquide testiculaire*; par Bourneville et Paul Cornet (nos 49 et 50). — Vingt-huit malades seulement ont été suivis assez longtemps pour qu'on puisse considérer comme acquis les résultats observés chez eux. On sait que, d'après M. d'Arsonval, quand le traitement séquardien a duré six semaines sans amener d'amélioration, il est inutile de le continuer. Il faut donc faire les injections pendant six semaines. Eh bien, sur vingt-huit malades, huit ont eu une légère diminution de leurs crises, et vingt, au contraire, ont présenté une augmentation de leurs crises. Chez aucun des 23 sujets, l'état mental n'a été modifié. Les recherches sur le poids du corps n'ont porté que sur neuf malades. Dans trois cas, il y a eu diminution, et dans six, augmentation du poids du corps.

Ces résultats sont conformes à ceux auxquels est arrivé M. Féré, et contraires à ceux qu'a publiés M. Pierret.

XVIII. — *Nature et traitement du goitre exophtalmique*; par le professeur Joffroy (n° 51). — C'est une leçon faite à la Salpêtrière en 1891. — M. Joffroy rattache la maladie de Basedow à des modifications dans le fonctionnement de la glande thyroïde. La question est, je crois, jugée aujourd'hui. En 1891, alors qu'on avait toujours considéré cette affection comme une névrose, la leçon de M. Joffroy était d'un intérêt extrême. Les arguments qu'il exposait sont connus de tous maintenant. Des arguments nouveaux même sont venus s'ajouter aux anciens. C'est pourquoi je crois inutile d'analyser le travail de M. Joffroy, je me contenterai de rappeler que le professeur Joffroy, élève de Charcot, a contribué pour une très large part à la découverte de la véritable nature du goitre exophtalmique.

XIX. — *Localisation corticale des mouvements de la face*; par E. Brissaud (n° 52). — La paralysie faciale, dans les cas d'hémiplégie cérébrale, est presque toujours limitée aux branches du facial inférieur. Les observations d'hémiplégie faciale complète, c'est-à-dire avec participation de l'orbiculaire et du frontal, sont rares, et elles sont très importantes au point de vue de la localisation des mouvements de la face.

En voici une :

Observation. — Femme de quatre-vingts ans, atteinte de myocardite. Ictus apoplectique et, à la suite, paralysie de tout le côté droit et aphasie. La paralysie et l'aphasie s'amendent progressivement, mais deux ans après, il en reste encore des traces sensibles, mais ce qui est intéressant, *la face est absolument asymétrique*. La bouche est déviée à droite, la commissure droite est fermée et abaissée, la narine droite est rétrécie et l'aile du nez immobile à droite. La paupière droite est tombante et elle se ferme bien plus difficilement que la gauche. Les plis du front, à peine visibles à droite, sont très prononcés à gauche à partir de la ligne médiane. L'autopsie démontre l'existence d'une lésion corticale unique, un petit foyer de ramollissement qui occupe la région de l'opercule rolandique gauche, juste en arrière de l'opercule frontale. Cette lésion est parfaitement limitée, c'est elle qui, sans aucun doute, a donné lieu à l'hémiplégie faciale totale. La lésion remontait un peu sous l'écorce dans la pariétale ascendante, c'est ce qui explique la parésie persistante du membre inférieur, celle du membre supérieure est due à des troubles circulatoires.

Archives générales de médecine.

I. — *Considérations sur l'incontinence nocturne d'urine, observée chez les jeunes soldats, et sur ses variétés, de cause psychique*; par Choux, médecin-major de 1^{re} classe (numéros de janvier et de février). — L'auteur expose longuement plusieurs observations d'incontinence d'urine, il les analyse, recherche la pathogénie du symptôme, et il arrive aux conclusions suivantes :

La miction involontaire nocturne, fréquente chez l'enfant et l'adolescent, peut se prolonger dans l'âge adulte bien plus souvent qu'il n'est généralement admis. Cette incontinence *essentielle*, loin d'être une affection toujours identique à elle-même, répondant à une interprétation univoque, présente, au contraire, de nombreuses variétés, dont quatre principales : la première, observée chez les épileptiques, se rattache absolument à cette névrose. A côté d'elle, on doit placer l'incontinence observée quelquefois chez les hystériques et qui a sa cause dans l'irritabilité vésicale, l'atonie des sphincters et autres particularités fréquentes dans l'hystérie. La seconde est liée à l'atonie du sphincter urétral. Le Dr Guyon préconise contre elle le traitement par l'électricité qui est très souvent efficace. La troisième relève de l'irritabilité vésicale et de la tonicité exagérée de ses fibres musculaires. On l'observe parfois chez les névropathes et les héréditaires dégénérés. Curable souvent, cette forme se perpétue parfois jusque dans un âge avancé.

L'incontinence nocturne d'origine psychique enfin, plus fréquente qu'on ne l'admet en général, représente la quatrième classe. Sa pathogénie ressort des considérations physiologiques suivantes : l'observation démontre que l'on n'urine pas poussé par le vrai besoin physiologique, quand la vessie est pleine, mais bien à certains moments habituels en rapport avec nos occupations, nos coutumes. Notre propre commodité, l'imitation ; l'usage, sont les causes d'ordre psychique qui nous invitent à une miction anticipée. Il en résulte en nous des habitudes urinaires qui se constituent avec d'autant plus de facilité, que l'idée seule de la miction ne tarde pas à nous donner un besoin réel. On sait que tout travail mental est toujours accompagné d'une contraction de la vessie (Mosso et Pellacani), *a fortiori* une idée, consciente ou non, qui aura trait à l'acte de la miction, produira cette contraction vésicale, et, par suite, un besoin plus ou

moins violent, selon les sujets, d'uriner. Ces données physiologiques font comprendre que la crainte, l'attente, les préoccupations anxieuses incitent au besoin d'uriner, que les malades, inquiets de leur système urinaire, ont surtout sans cesse l'envie de la miction, que des sujets enfin, sous des influences purement psychiques, en arrivent à une pollakiurie plus ou moins intense. Cette pollakiurie est, l'observation le prouve, fréquente chez les enfants et les jeunes gens. Or, elle se transforme facilement en incontinence nocturne. La transformation s'accomplit sous l'influence d'un sommeil profond, a-t-on dit; mais la vérité est que cette influence est très problématique, la véritable cause de la miction nocturne chez ces sujets, ce sont les rêves, les préoccupations, c'est la crainte d'uriner au lit, et les punitions agissent chez eux en sens contraire du but qu'on poursuit. Enfin, tout ce qui éveille, pendant le sommeil, une idée, consciente ou non, de miction, provoque, chez ces individus, l'incontinence nocturne. Eh bien, cette incontinence nocturne, d'origine psychique, guérit souvent. La suggestion et tous les agents thérapeutiques réussissent ordinairement à faire cesser cette pollakiurie nocturne qui n'est qu'une manifestation nocturne d'une pollakiurie diurne.

II. — *De l'angine de poitrine symptomatique d'une affection organique du cœur et de l'artério-sclérose*; par M. le Dr Weber, ancien interne des hôpitaux (numéros de mars, mai, juin et août).— Cette importante étude ne rentre guère dans la neurologie que par celle de ses parties qui concerne la pathogénie de l'angor pectoris, c'est la seule qu'il nous faut mentionner. On comptait autrefois plus de soixante opinions différentes sur la nature de l'angine de poitrine; mais aujourd'hui l'accord est fait, ou à peu près, sur cette question. Voici la théorie de l'auteur qui est celle de son maître, M. Huchard: Il n'existe qu'une angine de poitrine, relevant d'un procédé pathogénique constant. Tout d'abord une lésion initiale, infectieuse ou toxique des parois artérielles. Cette lésion provoque, en s'installant, un spasme vasculaire, d'où hypertension artérielle et, par suite la généralisation du processus artério-scléreux. La lésion faite, l'irritation produite, le spasme cesse aussitôt. Or, toutes les fois que le spasme siègera sur une artère destinée à un muscle, il se révélera par le trouble douleur. L'angine de poitrine étant avant tout un syndrome douloureux, sera donc la conséquence d'un spasme vasculaire causé par une irritation quelconque des coronaires. Chaque nouvelle étape du processus

pourra s'accompagner d'un nouvel accès d'angor, et la douleur sera la conséquence immédiate d'une irrigation temporairement imparfaite du muscle cardiaque, ou seulement d'une de ses parties. Cette douleur est essentiellement centrale et précédée de l'angoisse caractéristique. C'est ainsi aussi qu'il faut expliquer les sensations douloureuses dans les membres, ressenties par certains malades atteints d'artérites infectieuses.

Quand le processus chronique de l'artério-sclérose évolue au cœur, chaque nouvelle atteinte portée à la paroi artérielle provoquera donc à nouveau des accidents angineux. Les douleurs irradiantes ne seraient donc que l'extension du spasme aux artères des membres intercostales, du cou, etc. Du reste, le point de départ de la douleur n'est pas toujours dans l'artère coronaire; quelquefois, mais rarement, elle débute par un point éloigné du cœur, l'artério-sclérose étant une maladie générale. Cette théorie explique pourquoi l'altération des coronaires n'est pas indispensable à la production de l'angine, et pourquoi l'aortite peut aussi lui donner naissance. Dans ces cas d'aortite, l'angoisse angineuse se complique souvent de l'angoisse respiratoire; les artères bronchiques sont atteintes.

On comprend que les lésions artérielles puissent naître et progresser sans jamais donner lieu au moindre phénomène douloureux, le spasme, en effet, peut ne pas se produire dans tel organe et, au contraire, se produire dans tel autre. Enfin, on explique l'angine dans la péricardite par la propagation de l'inflammation de la séreuse aux artères sous-jacentes.

Quant aux conclusions générales du mémoire de M. Weber, elles se formulent simplement ainsi: L'angine de poitrine est un syndrome, l'artério-sclérose une maladie, ses relations avec la première ne sont pas discutables.

III. — *Des auto-intoxications dans les maladies mentales*; par le Dr Séglas, médecin suppléant de la Salpêtrière (numéro de novembre). — L'auteur critique d'abord la méthode employée jusqu'à présent pour prouver les auto-intoxications dans les psychoses. On prend, dit-il, des individus atteints de maladies mentales spécifiées, et on étudie une fois, chez chacun d'eux, la toxicité urinaire. De telles recherches ne peuvent pas être concluantes, d'abord la toxicité des urines varie essentiellement, même chez le même sujet, suivant des influences multiples. Il est très probable que les auto-intoxications puissent provoquer l'écllosion de psychoses, mais il est certain que la chose n'est pas encore démontrée scientifiquement. Selon lui,

pour une telle étude, il faut prendre seulement les cas d'affections mentales, dans lesquels il semble que l'auto-intoxication a joué un rôle étiologique déterminant, sans tenir compte des classifications ordinaires, et éliminer les cas dans lesquels l'auto-intoxication est consécutive et est simplement venu compliquer l'état morbide primitif. Ce sont les observations ainsi choisies qui seules peuvent servir d'éléments pour l'étude en question. M. Séglas expose brièvement un certain nombre de ces observations et voici les conclusions auxquelles leur analyse le conduit :

1° Ces observations montrent qu'on peut retrouver, à l'origine des désordres intellectuels et comme cause occasionnelle, soit des troubles de la nutrition, soit des maladies infectieuses, des troubles gastro-intestinaux, tous cas dans lesquels on peut supposer l'influence d'une intoxication ;

2° Dans ces cas, la maladie revêt une symptomatologie particulière. Du côté somatique, on relève des désordres dans le domaine des fonctions des divers appareils. L'amaigrissement est presque la règle. On peut noter de la fièvre et même un état général grave.

Au point de vue physique, c'est la confusion mentale à tous les degrés, avec ou sans hallucinations, qui est le symptôme essentiel et prédominant. Par la suite, les troubles intellectuels se rapprochent des délires toxiques, tels que le délire alcoolique, saturnin ;

3° Les moyens thérapeutiques les meilleurs sont d'abord les toniques généraux, ainsi que les agents susceptibles de favoriser l'élimination des substances toxiques ou de s'opposer à leur formation ;

4° Ces diverses considérations semblent plaider en faveur de l'hypothèse d'affections mentales dépendant d'auto-intoxications. Mais la démonstration ne peut en être faite ni par les procédés chimiques, ni par l'expérimentation qui ne donne que de simples indications très vagues ;

5° Ces résultats incomplets ou contradictoires consignés à ce sujet dans toutes les observations publiées jusqu'ici ne peuvent servir à trancher la question. C'est une voie nouvelle ouverte à nos recherches, mais on est encore bien loin du but.

Annales d'hygiène publique et de médecine légale.

I. — *Contribution à l'étude de la névrose traumatique*; par le Dr Ch. Vibert (numéro de février et de mars). — La maladie décrite par les uns sous le nom de *Névrose traumatique*, par les autres sous le nom d'*hystérie* ou d'*hystéro-neurasthénie traumatique*, est une maladie que l'on peut appeler médico-légale, car elle est presque toujours l'occasion de procès. M. Vibert ne se propose pas d'étudier sa nature, on sait que pour Chareot, elle ne constitue pas une entité spéciale, il se borne seulement à donner trente observations recueillies depuis la publication d'un précédent mémoire : *Etude médico-légale sur les blessures produites par les accidents de chemins de fer*. Ces observations, il les range en trois groupes, chaque groupe renfermant une série de cas ayant entre eux une analogie réelle. En somme, il admet que la névrose traumatique présente trois formes : la forme hystérique, la forme commune, qui correspond à la forme hystéro-neurasthénique de la plupart des auteurs français, et enfin la forme avec prédominance très marquée de tel ou tel symptôme particulier. Je vais résumer une observation de chacun de ces groupes en choisissant celle qui me paraît la plus typique.

1^{er} groupe. *Forme hystérique*. — *Observation* : Une dame de quarante-neuf ans, sans antécédent nerveux personnel ni tare héréditaire, est renversée par une voiture et atteinte d'une luxation de l'épaule droite et de fortes contusions aux jambes. Pas de perte de connaissance au moment de l'accident, mais insomnie absolue pendant les quarante-huit heures qui le suivent. Puis délire avec hallucinations terrifiantes, agitation et accès violents de dyspnée. Le délire est entrecoupé d'instants de lucidité. Après quelque temps, grandes attaques convulsives. Plusieurs semaines après, la malade présente les symptômes suivants : hémianalgésie gauche, accès de délire intermittent semblables au délire du début, faiblesses subites plusieurs fois par jour, avec angoisse et sueurs, céphalalgie persistante, enfin spasme de l'œsophage survenant par intervalles.

C'est là un cas de grande hystérie consécutive à l'accident. Dans d'autres observations, ce sont des manifestations hysté-

riques d'ordres différents : contractures, rachialgies, hémiparésie, etc..., qui persistent isolées ou combinées.

2° *groupe. Forme commune.* — *Observation* : Dame de vingt-neuf ans, pas d'antécédents nerveux héréditaires ni personnels. Accident de voiture, chute de voiture qui occasionne quelques légères plaies contuses à la tête. Cinq jours après l'accident, apparition des symptômes suivants, qui vont progressivement en s'accroissant : douleur vive et intermittente dans une partie de la face, rétrécissement du champ visuel à gauche, surdité du côté droit qui finit par devenir absolue, vertiges plusieurs fois par jour, allant parfois jusqu'à la perte de connaissance, diminution de la mémoire, légère dépression ; apathie, indifférence, et parfois au contraire grande irritabilité.

3° *groupe. Forme avec prédominance d'un symptôme.* — *Observation* : Un cocher de cinquante et un ans est précipité de sa voiture sur le pavé. On le relève fortement contusionné à la tête et à la poitrine. Perte de connaissance au moment de l'accident, et quelques heures après, accès violent de dyspepsie. Depuis ce temps il existe une oppression permanente avec exacerbations fréquentes. C'est là le symptôme dominant et persistant, quoiqu'on ne trouve pas de lésion cardiaque. En plus, on observe d'autres phénomènes nerveux : cauchemars, étourdissements, indifférence, lenteur des conceptions.

Le symptôme prédominant, dans les autres observations, est variable : tantôt ce sont des attaques convulsives, tantôt c'est la tachycardie, un trouble physique quelconque, etc. Il semble bien que ce groupe soit un peu artificiel, on pourrait le supprimer sans inconvénient. La lecture attentive de toutes les observations démontre, à mon avis, qu'il s'agit toujours d'hystérie seule ou combinée à la neurasthénie, dans des proportions variables.

Quoi qu'il en soit, c'est sur ce fonds clinique de trente observations que M. Vibert établit l'étiologie de la névrose traumatique : « C'est après un traumatisme presque toujours associé à une émotion de terreur, dit-il, que se développe la névrose traumatique. L'émotion seule suffirait quelquefois, et en tout cas, ce facteur serait de beaucoup le plus important ». Mais nous arrivons ici au point le plus original de l'excellente étude de M. Vibert. Tous les traumatismes ne sont pas aptes à produire la névrose traumatique, cette affection pénible et rebelle qu'il faut bien distinguer des troubles passagers qui succèdent

si souvent à tous les traumatismes un peu sérieux, chez les sujets nerveux surtout. Le traumatisme provocateur de la névrose, qu'il soit produit par un accident de chemin de fer ou de voiture, par une chute, un éboulement, une explosion, est caractérisé par ce fait, qu'il occasionne un ébranlement physique plus ou moins violent des centres nerveux. Et cette proposition me paraît, en effet, pleinement justifiée par les observations relatées par l'auteur.

II. — *Le chauffage des bains dans les services d'aliénés et le chauffe-bains Félix Tourel*; par le Dr Marandon de Montyel (numéro d'avril). — M. Marandon de Montyel a été témoin, alors qu'il était interne, d'un de ces affreux accidents, hélas trop fréquents dans les établissements où on soigne les aliénés. Un malheureux agité fut littéralement cuit dans sa baignoire, par suite d'une négligence, ou plutôt par suite d'une distraction des plus naturelles du baigneur. Notre collègue fut profondément émotionné, et depuis, dans les nombreux asiles où il a fait du service, sa première préoccupation a toujours été d'installer les choses de façon à ce qu'une semblable catastrophe ne fût pas possible.

Dans cet article, il passe en revue, en les critiquant, les nombreux systèmes employés pour réchauffer l'eau des bains prolongés. Le meilleur système est encore celui de A. Foville, dans lequel on ne peut réchauffer l'eau du bain qu'en versant dans la baignoire, avec un seau, de l'eau chaude. Mais si le malade ne court plus le risque d'être brûlé, il court celui d'être, au contraire, refroidi.

Il existe cependant un système de chauffage qui, d'après lui, est parfait : il l'emploie à Ville-Evrard et il en conseille l'usage dans tous les établissements d'aliénés. C'est le chauffe-bains Félix Tourel. Il fourrit de l'eau chaude à une température constante, et avec lui, le bain, quel que soit sa durée, reste toujours au même degré thermique, en sorte que le malade n'est à aucun moment exposé ni à être surchauffé, ni à être refroidi.

L'appareil très simple se compose d'un cylindre muni à sa partie supérieure d'un robinet par lequel l'eau arrive. L'eau descend lentement dans le cylindre, en glissant sur des plateaux superposés et reliés par des cloisons, elle arrive en bas dans un réservoir d'où elle s'échappe librement au dehors, dès que ce réservoir est rempli, au fur et à mesure qu'elle arrive. Audessous un foyer de chaleur, fourni par des lampes à gaz, chauffe le réservoir et les cloisons. En combinant l'intensité

du calorique, d'une part, et l'entrée de l'eau par le robinet supérieur, d'autre part, on arrive à obtenir un degré thermique qui reste invariable tant que la combinaison persiste telle qu'elle est. On comprend qu'on puisse élever le degré thermique de l'eau, en fermant en partie le robinet, alors qu'on donne plus d'intensité aux lampes, ou au contraire l'abaisser, en ouvrant largement le robinet et en diminuant l'intensité des lampes. Plus l'eau sera chaude, moins elle sera abondante à la sortie de l'appareil, et réciproquement.

Enfin, l'auteur s'étend sur les avantages de l'appareil qu'il préconise et dont les mérites lui ont été démontrés par une expérience personnelle de huit mois. Le grand obstacle à son emploi, dans certains asiles, est la nécessité du gaz.

III. — *Un cas de perversion du sens génésique, observation médico-légale*; par le Dr Paul Garnier (numéro de mai). — Observation communiquée à la Société de médecine légale de France, dans la séance du 13 mars 1893.

Un nommé V..., âgé de vingt-neuf ans, porteur d'une certaine tare héréditaire, mais n'ayant jamais eu de maladie grave. Enfant, en pension, il se montre peu intelligent, mystique, très onaniste. Il veut se faire prêtre, mais il craint pour sa vocation à cause de certaines sensations étranges qui l'inquiètent. Il est porté à toucher, à palper la soie; il éprouve à ce contact un trouble génésique qui aboutit fréquemment à la masturbation. Mais le trouble est surtout profond quand il peut s'approcher d'une femme vêtue de soie, toucher, frôler ses vêtements. Tourmenté, il veut quitter le séminaire, sa mère s'y oppose; il passe alors une période très douloureuse de son existence. Il devient inquiet, déprimé, mélancolique, ses forces physiques s'altèrent, ses impulsions à la masturbation prennent de jour en jour une intensité plus grande; son air étrange, concentré, le rend la risée de ses camarades. Enfin, n'y tenant plus, il se sauve du séminaire, et sa mère refusant de le recevoir, il tombe dans une misère profonde, obligé pour vivre de se faire manœuvre. Il trouve enfin moyen de se placer commis chez un libraire, qui est très satisfait de lui. Mais au bout de quelque temps, il se fait arrêter, précisément parce que dans une foule on le surprend à palper subrepticement les robes des femmes et qu'on le prend pour un voleur à la tire.

M. P. Garnier, chargé de l'examiner au point de vue médico-légal, arrive à capter sa confiance; et il lui avoue tout ce qui précède; il lui avoue aussi que le *frou-frou* de la soie, excite

chez lui une impression très vive, et que « la femme sans un vêtement de soie ne lui a jamais rien dit ». Dans ses rêves, il voit des femmes vêtues de soie, et aussitôt la pollution se produit. En l'absence de soie, c'est la frigidité absolue. Il possède un jupon de soie caché dans une armoire; le soir il le revêt, et ainsi enjuponné, il est heureux, les sens se réveillent.

Cet individu se lamente sur ce qu'il appelle *sa manie*. Il se dit le plus malheureux des hommes. Il est manifeste que cet amoureux de la soie, un dégénéré à syndromes épisodiques, a une responsabilité finale nulle; c'est ce que le tribunal a admis.

IV. — *De la responsabilité des épileptiques*; par le D^r C. Vallon, médecin de Villejuif, expert près des tribunaux (numéro de mai). — C'est également une communication faite à la Société de médecine légale. R..., vingt-neuf ans, épileptique, antécédents héréditaires très marqués. Cet homme est arrêté pendant qu'il *cambrilait*; il avoue d'abord qu'il s'était bien introduit dans un appartement fermé, au moyen de fausses clefs, afin d'y voler; puis, quelque temps après, il prétend qu'il ne comprend pas ce qu'on lui reproche, et qu'il ne se souvient de rien.

M. Vallon, chargé de l'examiner, fait observer que les épileptiques, quand ils commettent des délits pendant le délire épileptique, procèdent selon un *modus faciendi* spécial. Il décrit la forme impulsive et automatique des actes accomplis par ces malades, et il conclut à la responsabilité complète de R..., qui est condamné à cinq ans de prison. Une discussion s'élève au sujet de cette communication. On insiste sur ce point, qu'en dehors des attaques psychiques, les épileptiques peuvent se livrer à des actes délictueux et que, pour certains d'entre ces malades, la responsabilité doit être considérée comme atténuée à des degrés divers. Il faut, non généraliser, mais étudier tous les faits en particulier. Les épileptiques sont impulsifs, vicieux souvent; ce sont enfin, en général, des anormaux au psychique.

V. — *Affaire Valrof. Double tentative de meurtre. Somnambulisme allégué. Rapport médico-légal*; par le professeur Brouardel, les D^{rs} Motet et P. Garnier. (Communication faite par M. Motet à la Société de médecine légale de France, séance du 8 mai 1893). — L'affaire Valrof, qui a été jugée par la cour d'assises de Nice, a eu un grand retentissement; elle est intéressante à tous les points de vue, elle l'est particulièrement par la dissertation médicale à laquelle elle a donné lieu. Un jeune domestique, Valrof, s'était introduit la nuit dans la chambre de sa

maîtresse, M^{me} de X..., et avait tenté de la tuer à coups de poignard. Heureusement, il l'avait seulement légèrement blessée. M^{me} de X... se défendit et s'enfuit. Valrof, qui était armé jusqu'aux dents, la poursuivit dans la chambre d'une domestique où elle s'était réfugiée. Là, il tira deux coups de revolver sur cette domestique, puis il se sauva et disparut. Il ne fut arrêté que quelque temps après, à Gênes, pour un léger délit de grivèlerie; reconnu, il fut envoyé devant les assises de Nice.

Son moyen de défense consista uniquement à dire qu'il était somnambule, qu'il ne niait pas les actes qu'on lui reprochait, mais qu'alors il les avait commis inconsciemment en dormant, qu'il ne s'était réveillé qu'au moment même où il avait tiré deux coups de revolver. A cet instant, ajoutait-il, se rendant compte vaguement qu'il avait dû faire quelque chose de grave, il avait pris peur et s'était sauvé.

On comprend que, dans un tel procès, les vrais juges aient été les médecins. Malheureusement, il n'y eut pas entre eux un accord parfait, et l'affaire fut renvoyée à une autre session. Le défenseur demanda des consultations écrites à plusieurs sommités médicales qui ne virent même pas Valrof, et les obtint. Enfin, MM. Brouardel, Motet et P. Garnier furent choisis comme experts par la Cour.

Ces messieurs, après avoir étudié sérieusement et longuement l'accusé transporté à Paris, établirent, dans un remarquable rapport, le véritable état intellectuel de ce jeune débile au mental, vain, orgueilleux, issu d'alcooliques, somnambule, sans doute, dans son enfance, mais, pour le moment, simple *spadasin de théâtre*, comme Charcot appelle les individus de son espèce. Ils conclurent qu'il n'était pas en état de somnambulisme quand il avait frappé M^{me} de X... et sa domestique.

Tous les médecins qui ont été chargés d'expertises médico-légales concernant des psychopathes, se rendront compte des difficultés que présentait un tel rapport. Le diagnostic établi, il s'agissait d'exposer à des personnes étrangères à la médecine mentales les véritables caractères du somnambulisme, de leur faire ensuite saisir les nuances qui existaient entre la façon de procéder de Valrof, et la façon dont eût procédé un véritable somnambule devenu meurtrier pendant un de ses accès. Il s'agissait aussi de faire ressortir certaines particularités de la conduite de l'accusé avant le crime, qui rendaient celui-ci moins étrange et moins illogique. Enfin, il s'agissait de combattre l'opinion de plusieurs confrères absolument opposée à

celle des experts. Il est même à ce sujet survenu un incident très grave. Un médecin aliéniste, appelé par la défense, et qui n'avait jamais vu Valrof, affirmait cependant que celui-ci était épileptique, et qu'il avait agi en épileptique inconscient. Mais il serait inopportun de relater ici cet incident très regrettable. En résumé, c'est précisément parce que les experts se sont pleinement acquittés d'une tâche si difficile que j'ai dit que leur rapport était si remarquable.

VI. — *Rapport médico-légal sur un meurtre commis par un aliéné; responsabilité de la famille*; par le D^r Motet (numéro de juillet). — Histoire d'un paralytique au début qui, en pleine crise maniaque, s'empare d'une canne avec laquelle, quelques instants après, il tue le concierge d'une maison dans laquelle il s'était introduit sous l'influence de son délire. La canne était une canne à épée, le malade ne s'en doutait pas. C'est pendant la lutte avec le concierge que la lame s'est dégagée brusquement. Ainsi armé, l'aliéné, qui était cependant accompagné d'un parent chargé de le surveiller, a perforé la poitrine du malheureux concierge. L'observation a un certain intérêt médical, les meurtres commis par les paralytiques généraux se comptent. Elle a aussi un intérêt d'ordre juridique. La famille de la victime demande à la famille de l'aliéné meurtrier des dommages-intérêts; en obtiendra-t-elle? M. Christian, qui a vu se passer un fait analogue, ne le croit pas.

L. CAMUSET.

BIBLIOGRAPHIE

- I. — *Psychiatrie, für Ärzte und Studierende bearbeitet* (Psychiatrie à l'usage des médecins et des étudiants); par Th. Ziehen, professeur à l'Université d'Iéna. Avec 10 gravures sur bois et 6 planches d'héliogravure (Wredens Sammlung medizinischer Lehrbücher. Band XVII.) Berlin, F. Wreden, 1894, in-8°.
- II. — *Leitfaden der physiologischen Psychologie in 15 Vorlesungen* (Manuel de psychologie physiologique en 15 leçons); par Th. Ziehen. Avec 21 figures dans le texte. 3^e édition augmentée et revue. — Iéna, G. Fischer, 1896, in-8°.

Les deux manuels de psychiatrie et de psychologie physiologique de Th. Ziehen présentent une telle unité de doctrine et, au sens le plus élevé du mot, un système de faits et d'inductions scientifiques si solidement édifié, que le médecin aliéniste qui se propose d'entendre une pareille œuvre doit être ou devenir psychologue.

Le manuel de psychologie physiologique avait même été, à l'origine, destiné aux médecins aliénistes; c'est aussi l'étude des maladies mentales qui donna l'impulsion première aux études de psychologie de l'auteur, si bien que la *Psychologie physiologique* s'adresse non seulement aux psychologues, mais, comme sa *Psychiatrie*, aux médecins.

Tous les critiques qui se sont occupés de la *Psychiatrie* de Ziehen sont tombés d'accord sur un point : c'est une œuvre qui ne ressemble à aucun des ouvrages publiés jusqu'ici sur le même sujet. Pour la première fois, c'est, non plus sur les idées traditionnelles de la psychologie spéculative, mais sur la psychologie physiologique, et en particulier sur la psychologie de l'association des Anglais, que l'auteur a établi et son exposition et son interprétation des processus psychiques pathologiques. « De toutes les hypothèses plus ou moins métaphysiques, qui malheureusement dominent toujours, aujourd'hui encore, la psychiatrie, telles que l'aperception, la volonté, la conscience, etc., j'ai cru devoir faire abstraction, écrit Ziehen dans sa *Préface*. La psychologie

de l'association suffit de tous points à éclairer les observations de la psychiatrie clinique (p. V). » Toute l'œuvre de Ziehen est une haute protestation, en effet, contre les doctrines métaphysiques qui pénètrent la *Psychologie physiologique* de Wundt, livre considérable, sans doute, et qui a contribué aux progrès de la science des fonctions de l'intelligence, mais dont les tendances et les théories avouées, dominant encore en Allemagne, ont dévié tant d'esprits des deux dernières générations. Composé aujourd'hui, ce livre de Wundt reposerait sur des fondements assez différents; on serait moins exposé à y rencontrer ces revenants: l'aperception active, sorte de miracle perpétuel offert à l'adoration des fidèles, la volonté, la liberté, et tant d'autres ombres défuntées.

Ziehen admet que les processus matériels du cerveau accompagnent les phénomènes psychiques, de sorte que ceux-ci ne se manifestent jamais sans ceux-là, et que les uns ne sauraient jamais exister sans les autres. Tout événement psychique n'est que le résultat des *sensations* et des *représentations*, et, au fond des phénomènes de l'*association des idées* et de ses lois, on ne trouve jamais que ces deux éléments. Seules, les lois de l'association déterminent l'ordre dans lequel apparaissent et réapparaissent successivement les images mentales au cours de l'activité psychique, ainsi que la production de ce dernier événement de l'arc réflexe, de nature *motrice*, qu'on nomme *action*, et qui est toujours le résultat *nécessaire* de l'association des idées ou images mentales.

Ce sont ces idées, brièvement indiquées ici, magistralement exposées dans la *Psychologie physiologique*, que Ziehen a tenté, avec succès, d'appliquer à la pathologie mentale. On s'explique ainsi que la *Psychologie pathologique générale* occupe une grande place dans sa *Psychiatrie*.

Voici les divisions de la *Psychologie pathologique générale* : I. *Symptomatologie générale* : a) les troubles de la sensation; b) les troubles des représentations ou images commémoratives (*Erinnerungsbilder*); c) les troubles des états affectifs (*Gefühlstöne*) accompagnant les états intellectuels; d) les troubles de l'association des idées; e) les troubles des actions (résultant nécessairement de ceux des sensations, des représentations, des émotions, de l'association, etc.); f) les symptômes somatiques d'accompagnement des psychoses (troubles moteurs, réflexes de la sensibilité générale et spéciale, des sécrétions, de la vasomotricité, etc.). — II. *Théorie de la marche générale des psy-*

choses, succession des symptômes primaires et secondaires. — III. *Diagnostic général*. — IV. *Étiologie générale* (hérédité, lésions traumatiques du système nerveux central, intoxications, etc.). — V.-VI. *Pronostic et traitement généraux*. La *Psychologie pathologique spéciale* comprend la division suivante des psychoses : I. *Psychoses dans lesquelles l'intelligence ne fait pas défaut* (*Psychosen ohne Intelligenzdefect*), quoique, l'auteur en fait expressément la remarque, si ces psychoses durent longtemps et ne guérissent point, elles finissent par aboutir à la perte de l'intelligence, à ce qu'on nomme la démence secondaire. A. *Psychoses simples*. 1°. Psychoses affectives : a) manie; b) mélancolie; c) neurasthénie. 2°. Psychoses intellectuelles : a) stupidité (démence aiguë curable); b) paranoïa (paranoïa hallucinatoria acuta, p. hallucinatoria chronica, p. simplex acuta, p. simplex chronica); c) obsessions. B. *Psychoses mixtes* : a) paranoïa secondaire hallucinatoire; b) stupidité postmanique et postmélancolique; c) mélancolie hypochondriaque postneurasthénique et paranoïa; d) paranoïa hypochondriaque postmélancolique; e) folie à double forme; f) catatonie. II. *Psychoses dans lesquelles l'intelligence fait défaut* (*Defectpsychosen*) dès le commencement de l'affection. A. *Innées* : a) Idiotie; b) imbecillité; c) débilité. B. *Acquises* : a) dementia paralytica; b) dementia senilis; c) démence secondaire consécutive à des lésions en foyer; d) démence secondaire consécutive à des psychoses fonctionnelles; e) démence épileptique; f) démence alcoolique.

Un aperçu touchant l'*étiologie des psychoses* termine ce livre.

Des faits ici étudiés, il ressort qu'entre les différentes psychoses existe un nombre considérable de transitions, de formes passant insensiblement les unes dans les autres. Ce résultat était bien à prévoir, car, dit Ziehen, « les fonctions de l'écorce cérébrale sont entre elles dans les plus étroits rapports, ainsi, d'ailleurs, que les éléments anatomiques de cette écorce. Tout facteur étiologique agit donc plus ou moins sur toutes les fonctions comme il agit sur tous les éléments de l'écorce cérébrale. Seul, le degré de cette action sur les diverses fonctions diffère dans les différentes psychoses. » De là le caractère arbitraire de toutes les classifications étiologiques proposées jusqu'à ce jour. La même cause ou un même ensemble de causes nocives peut provoquer des psychoses très différentes et la même psychose peut résulter d'une cause ou d'un ensemble de causes nocives très différentes.

On doit pourtant tenir grand compte de la nature de l'étiologie pour le diagnostic, et Ziehen présente une sorte de liste de ceux de ces facteurs étiologiques qu'il tient pour les plus importants (p. 454 sq.). Tant qu'on a pu admettre des facultés distinctes de l'âme, on pouvait croire à l'existence de familles correspondantes, également séparées, de maladies mentales. « La doctrine des facultés de l'âme est morte. » Il en résulte que les processus psychiques rentrent tous dans le schéma de l'association des idées : celle-ci a pour premier terme la sensation; ses processus se propagent à travers la chaîne des neurones associés et se terminent par une action. De classifications *a priori* des maladies mentales, il ne saurait donc plus être question; elles sont toutes condamnées d'avance.

JULES SOURY.

Revue annuelle de Psychologie physiologique; par M. J. Soury.
(*Revue générale des sciences pures et appliquées*, janvier 1895.)

Par suite de circonstances indépendantes de ma volonté, j'ai le regret de ne présenter qu'aujourd'hui aux lecteurs des *Annales médico-psychologiques*, cette belle étude de M. Soury.

M. Soury donnera tous les ans, dans la *Revue générale des sciences*, un exposé critique des travaux parus pendant l'année sur la Psychologie physiologique et des acquisitions diverses pouvant aider au développement de cette science; car la psychologie physiologique est une science, à l'encontre de la vieille psychologie subjective, toujours classique pourtant, une science véritable basée sur l'observation et l'expérience, une science encore à son aurore, c'est vrai, mais qui prend de jour en jour une importance plus grande. La présente revue, écrite en 1895, est très riche en documents; l'auteur les a rangés sous trois chefs.

On trouve d'abord ce qui a trait à l'*anatomie du cerveau*. Les idées jusqu'à présent reçues sur le cerveau, structure et fonctionnement, tendent à se modifier du tout au tout. Ainsi Flechsig a développé une théorie nouvelle sur l'anatomie et le fonctionnement de cet organe. D'après lui, le cerveau des circonvolutions est divisé en centres de sensibilité et en centres d'association, les premiers seuls possèdent des conducteurs centripètes et centrifuges et communiquent, par conséquent,

avec la périphérie; les seconds sont exclusivement reliés à d'autres centres de l'écorce, ils ne peuvent avoir d'influence sur les mouvements que d'une façon indirecte, ils ne sont pas excitables. Ces centres d'association sont la marque de la supériorité psychique des cerveaux qui en possèdent davantage et, chez l'homme, ils sont incomparablement plus nombreux et plus étendus que chez les animaux supérieurs. Cette théorie de Flechsig se trouve être corroborée par des observations de Pitres, en sorte que le savant allemand et le savant français sont arrivés, sans entente préalable et par des considérations différentes, aux mêmes résultats. Pitres a démontré que, chez l'homme, de nombreux centres corticaux étaient inexcitables; que, par exemple, le centre de Broca ne déterminait pas les mouvements phonateurs. Ainsi, quand ce centre présente des lésions exclusivement limitées à lui-même, ne dépassant pas en arrière le sillon préfrontal, il n'y a pas paralysie des muscles phonateurs. Le centre de Broca est un centre d'association, il n'a pas de couronne rayonnante, mais il est relié par de très nombreux faisceaux d'associations à d'autres centres corticaux voisins et éloignés. Il constitue un centre psychique supérieur dont la destruction entraîne une paralysie psychique, pour ainsi dire; on constate seulement la perte des images phonétiques et une absence d'initiative psycho-motrice. En résumé, comme l'a dit Flechsig, l'écorce du cerveau n'est un organe de représentation, et par suite le siège de l'intelligence, que parce qu'il est un organe d'association.

Il est une question dont l'intérêt égale la difficulté, celle de l'origine et du développement des facultés psychiques. Dans un second chapitre, le *protoplasma et les fonctions psychiques*, l'auteur rend compte des travaux qui s'y rapportent. Il esquisse d'abord à grands traits la façon dont presque tous les esprits indépendants comprennent aujourd'hui le problème. La vieille doctrine dualiste : esprit et matière, l'âme et le corps, a fait son temps, elle est remplacée par la théorie moniste. La substance est unique et universelle, avec des modalités diverses, ce qui est une des raisons des erreurs de jadis. Les propriétés que manifestent les êtres complexes, la vie et les phénomènes psychiques inséparables d'elle, sont inhérentes à la substance constitutive de ces êtres complexes, et il faut bien admettre que puisque ces propriétés existent dans l'agrégat, on doit les retrouver dans les éléments de celui-ci. La tendance actuelle est, en effet, d'admettre que l'agrégat étant sensible, par

exemple, les éléments sont sensibles également. Toute matière serait donc en puissance de sentir et, dans certaines circonstances, cette sensibilité passerait à l'état d'acte. Ces doctrines, en ces derniers temps, ont été reprises et développées par Luciani, Forel et d'autres. Ces savants posent en principe que les propriétés psychiques existent dans tout ce qui a vie et qu'elles sont aussi inséparables du protoplasma que n'importe quelle autre fonction biologique. Forel, en particulier, va plus loin, il accorde la conscience au protoplasma, nous verrons que M. Soury ne le suit pas dans cette voie.

Cette étude n'est pas longue, elle n'est que de peu de pages, mais elle est tellement substantielle que je dois seulement en signaler quelques points parmi les plus importants. C'est ainsi que je ne peux que noter de très heureuses critiques de l'ancienne psychologie et de ses entités métaphysiques, comme l'âme une, irréductible et indépendante, par exemple, alors que la psychiatrie nous fait voir à chaque instant la désagrégation de la personnalité. Je signalerai aussi une étude comparative des dernières théories des phénomènes psychiques chez les organismes inférieurs. Ces théories sont basées sur des expériences véritables, l'étude des arrêts et des changements de direction, des mouvements déterminés chez des protozoaires, soumis à l'influence d'excitations diverses. Ce sont les phénomènes de *tropisme*, ils constituent, dit notre auteur, un des plus solides fondements de la psychologie physiologique.

Le tropisme fait voir que le protoplasma est excitable. Il serait aussi sensible, d'après Luciani, et il serait même doué de représentations conscientes et de volonté, d'après Heckel. M. Soury ne peut trop s'élever contre ces conclusions injustifiées et, dans ces phénomènes que l'on voudrait attribuer à la volonté consciente, il ne voit, avec Darwin, que l'action de l'habitude issue de variations utiles et fixée par l'hérédité. En réalité, l'intelligence qui est la résultante d'images et de conceptions associées n'existe que chez les animaux pourvus de centres d'association. Comment croire que des états de conscience, fussent-ils tout à fait vagues et frustes, puissent accompagner les processus psychiques chez les protozoaires? Pour qu'il y ait conscience, il faut naturellement qu'il y ait notion d'un moi individuel plus ou moins vague et rudimentaire : ce moi individuel ne peut apparaître que lorsque les sensations et les représentations, primitivement inconscientes, de chaque partie d'un être organisé se sont subordonnées les

unes par rapport aux autres. Il faut qu'un ordre de sensation ou de mouvements soit devenu une sorte de point de repère prédominant.

Or, de telles conditions ne peuvent se réaliser chez les protozoaires qui n'ont pas d'organe des sens prédominant, qui ne possèdent pas le moindre organoïde de sensibilité générale. Comme l'a très bien pensé Preyer, le protoplasma n'a jamais de moi, il n'est jamais individualisé, et pourtant il vit.

Nous voici au dernier chapitre de cette étude : *La théorie des neurones et les fonctions de l'intelligence*. Nous y trouvons les travaux de Ramon y Cajal, qui a découvert les neurones, découverte qui devait naturellement avoir des conséquences importantes sur la physiologie du cerveau ; mais M. Soury salue en Forel le précurseur de la révolution dans nos idées sur la structure et le fonctionnement de l'organe de la pensée. La théorie des neurones était préparée, pour ainsi dire, par des considérations nouvelles émises par divers savants, His, Kœlliker, Forel surtout, dont notre auteur apprécie particulièrement les conceptions élevées et qu'il ne réfute qu'en un point, je l'ai déjà noté, les états de conscience des organismes inférieurs. Il développe même les idées du naturaliste suisse sur le fonctionnement général du cerveau selon la théorie des neurones. Cette physiologie du cerveau, basée sur la disposition des neurones, sur les « ondes d'éveil », qui parcourent ceux-ci, sur les centres corticaux d'association, est très attrayante ; elle donne la conviction que, grâce à tous les documents recueillis aujourd'hui, l'esprit humain a avancé d'un grand pas dans la connaissance du plus difficile et du plus obscur des problèmes, celui du mécanisme de son propre fonctionnement.

Revenons sur le point de doctrine au sujet duquel MM. Forel et Soury cessent de confondre leur manière de voir. En combattant les opinions de son contradicteur, notre auteur émet des arguments originaux ainsi qu'une théorie personnelle, arguments et théorie qu'il m'est impossible de passer sous silence.

Pour Forel, l'homme et les animaux qui se rapprochent de lui possèdent une conscience supérieure, la conscience de veille ; mais la conscience élémentaire est une propriété générale du système nerveux de tous les animaux. C'est précisément ce qui fait que, dans le cours de l'évolution, l'intelligence apparaît douée de plasticité. L'intelligence est primitive et l'automatisme secondaire. Ce sont ces propositions que M. Soury ne peut admettre. On a vu plus haut comment il explique, avec Darwin, que

l'automatisme ne succède pas à des actes conscients et que l'état conscient le plus fruste nécessite une hiérarchie dans les fonctions sensitives, de façon à ce qu'un point de repère se crée. Il eût été que la condition nécessaire pour qu'un être organisé puisse posséder un moi conscient est que cet être organisé soit muni d'au moins un groupe de neurones associés. *C'est l'association des neurones qui seule réalise les conditions d'apparition d'une conscience.* Et en réfléchissant à la théorie du mécanisme cérébral, selon Forel lui-même, on comprend qu'il doit en être ainsi; l'association d'un nombre plus ou moins grand de neurones, traversés par des ondes centripètes et centrifuges, répondant bien aux conditions d'une subordination possible entre diverses sensibilités et différents mouvements.

Je ne peux prolonger davantage cet article; je le termine donc ici, mais avec la conscience de n'avoir que très imparfaitement rempli la tâche que je m'étais proposée. Je suis loin, en effet, d'avoir signalé tout ce qu'il y aurait eu à signaler dans le travail de M. Soury, travail qu'il faut lire et méditer; c'est un tableau restreint mais complet de toutes les acquisitions modernes, sur la structure et le fonctionnement du cerveau. Mais ce n'est pas aux médecins aliénistes qu'il est nécessaire de rappeler que ce savant profondément érudit, philosophe naturaliste à convictions inébranlables, moraliste stoïcien, enthousiaste de tout progrès et en même temps critique sévère, est aussi un artiste de la plume et qu'il excelle dans ces hautes études de biologie.

CAMUSET.

Animisme et spiritisme. Essai d'un examen critique des phénomènes médiumniques spécialement en rapport avec les hypothèses de la « force nerveuse », de l'« hallucination » et de l'« inconscient », etc.; par Alexandre Aksakof. Traduit de l'édition russe par Berthold Sandow. 1 vol. in-8°. Paris, P.-G. Leymarie, 1895.

M. Hartmann a écrit, il y a quelques années, un ouvrage où il soumet le spiritisme à une critique extrêmement serrée, d'après ce que disent les spirites, bien qu'il ait proposé pour expliquer certains phénomènes des hypothèses fort aventurées, en rapport avec ses théories métaphysiques et beaucoup moins simples que les esprits, toujours d'après les spirites. Le livre de

M. Alexandre Aksakof est spécialement fait pour chercher une explication des phénomènes spiritiques en suivant la méthode critique indiquée par M. Hartmann, c'est-à-dire en admettant provisoirement ces phénomènes comme réels avec les caractères qui leur sont attribués dans les annales du spiritisme.

« Ma tâche, dit M. Aksakof dans sa préface, était de rechercher s'il n'existe pas de phénomènes que les hypothèses de M. Hartmann, dans les limites ou conditions où elles sont applicables d'après ses propres règles, sont impuissantes à expliquer. » Cependant il avoue qu'il a toujours cherché à présenter les faits qui répondent le mieux aux exigences de la critique en général par les conditions mêmes de leur production. Et même à propos de ce qu'on appelle les « matérialisations », M. Aksakof a cherché à démontrer leur réalité objective. En somme, bien que ce livre soit fait dans le but spécial de répondre à M. Hartmann, il peut être considéré comme renfermant un des meilleurs exposés qui aient été faits du spiritisme. Cela présente peut-être pour les lecteurs des *Annales* plus d'intérêt qu'ils ne pourraient le croire au premier abord, comme je pense le montrer plus bas.

Le premier chapitre traite des phénomènes de « matérialisation ». Pour ceux qui ne sauraient pas ce que c'est, je dirai qu'on entend par là la formation de quelque chose, en dehors et aux dépens du médium, prenant l'aspect de parties du corps, comme des mains, des pieds, ou arrivant à constituer un corps tout entier; en d'autres termes, ce sont des esprits qui revêtent une forme corporelle plus ou moins complète et dont la matière elle-même est empruntée à celle qui constitue les organes du médium. La réalité de ces phénomènes serait prouvée par des photographies qui sont données à la fin de l'ouvrage en reproduction d'après des phototypies. Il est intéressant de remarquer qu'en règle générale ces apparitions sont pudiquement revêtues de vêtements, et j'avoue que ces vêtements me rendent rêveur. Bien entendu, comme dans tous les ouvrages de ce genre, il y a une accumulation d'expériences, toutes plus démonstratives les unes que les autres, il y en a même trop. Les plus démonstratives pourtant, pour l'auteur, sont celles où l'on a pris le moule de mains et de pieds matérialisés; il y a même une expérience qui a été faite le 1^{er} mai 1876, en Amérique, où l'on a obtenu des moules dans une caisse fermée. Cette expérience est évidemment péremptoire; malheureusement pour le lecteur sceptique, M. Aksakof ajoute: « En règle générale j'admets

bien que les rapports qui nous arrivent d'Amérique sont fréquemment exagérés ou inexacts, aussi me tiens-je, dans mes recherches spiritiques, de préférence, aux sources anglaises ».

Parmi les « expériences » qui sont faites en Angleterre et auxquelles M. Aksakof semble accorder plus de créance, il y en a une où on a employé une cage construite expressément dans le but d'y enfermer le médium. Ce qu'il y a de remarquable dans cette expérience, c'est qu'on a laissé la porte de la cage entr'ouverte, à la demande d'un des esprits.

A propos d'une autre expérience faite par M. Crookes, dans laquelle celui-ci a pris des précautions spéciales dans le but de démasquer une fraude possible, je me permettrai de présenter une critique tout à fait en dehors de celles d'ordre hypothétique que M. Hartmann a faites. Le médium, miss Cook, était relié par des fils à un galvanomètre, de telle sorte que le moindre déplacement du médium devait changer la force de résistance du circuit et par conséquent être dévoilé. Or, pendant tout le temps que l'esprit, nommé Katie, a été matérialisé, le galvanomètre n'a varié que par suite du dessèchement du papier mouillé établissant le contact avec le médium ; d'où on peut conclure que la résistance du corps de celui-ci n'a pas changé pendant toute la durée de l'apparition. Cela démontre parfaitement, comme le voulait M. Crookes, que l'esprit matérialisé n'était pas le médium ; mais j'ajoute que cela démontre aussi, non moins parfaitement, que la soi-disant matérialisation n'existait pas dans cette expérience, puisque cette matérialisation se fait aux dépens du corps du médium dont le poids doit diminuer par le fait même de la matérialisation, si l'on en croit la théorie spirite et les expériences faites avec un autre médium, miss Wood. Il est bien certain que s'il y a diminution dans la quantité de matière qui constitue le corps du médium, la résistance électrique doit être changée aussi, c'est ce qui n'a pas eu lieu. Cette expérience, si soigneusement contrôlée, démontre donc que cette soi-disant matérialisation n'existait pas.

On pourrait encore critiquer bien facilement, mais bien inutilement, nombre de ces expériences.

Quant à la controverse qui fait le fond du livre, entre M. Hartmann et l'auteur, on peut, je crois, s'en désintéresser, car les arguments émis de part et d'autre ne rentrent pas dans la sphère scientifique, mais dans la métaphysique et la théologie.

Ce n'est donc point au point de vue de l'auteur, je le répète, que le lecteur impartial et qui cherche à s'instruire doit se

placer. La lecture de cet ouvrage, écrit par un homme dont la bonne foi est au-dessus de tout soupçon, me paraît montrer que ce qu'il y a d'intéressant dans le spiritisme, ce ne sont pas les esprits, mais les spirites et les médiums. Il est curieux de voir comme des hommes de la valeur intellectuelle de M. Aksakof, de M. Crookes, peuvent se tromper. Cela tient évidemment en partie à ce que les personnes qui ont l'intention d'étudier scientifiquement le spiritisme se trompent sur la façon d'aborder cette étude : c'est en réalité une étude de psychologie qui touche de près à la pathologie mentale. Et il y a dans *Animisme et Spiritisme*, au point de vue de cette psychologie morbide, de bien belles observations dont l'auteur n'a pu tirer le parti convenable, faute de connaissances médicales suffisantes.

On voit donc, comme je le disais en commençant, que ce livre mérite d'attirer l'attention de ceux qui s'occupent de pathologie mentale et de psychologie. Il est rédigé avec un grand talent, et M. Berthold Sandow a écrit cette traduction du russe dans un excellent français. De même que, malgré leur « fluide », les magnétiseurs ont ouvert la voie à l'étude scientifique de l'hypnotisme, les spirites ouvrent aussi, malgré les « esprits », la voie à la psychologie morbide, car ce sont eux qui ont révélé, sinon étudié, les phénomènes de l'écriture automatique. Ils nous réservent peut-être d'autres surprises encore. Ils auront donc servi les recherches scientifiques en poursuivant un but chimérique, tout comme les alchimistes dans un autre ordre d'idées. M. Aksakof a l'esprit assez large pour s'applaudir que son livre nous serve de guide, même si la vérité que l'on finira par atteindre est contraire ou étrangère à ses propres doctrines.

Remercions donc M. Aksakof d'avoir écrit ce remarquable ouvrage, M. Sandow, de l'avoir traduit; tâchons de profiter de leur labeur en pénétrant hardiment, à leur suite, mais *avec une tout autre méthode*, dans ce monde des phénomènes de la psychologie pathologique.

PR. CHASLIN.

Manuale di Semeiotica delle malattie mentali. Volume secondo : Esame psicologico degli alienati (Manuel de Sémiotique des maladies mentales. Tome II. Examen psychologique des aliénés); par le D^r Enrico Morselli, professeur de la clinique des maladies mentales à l'Université de Gênes. 1 vol. in-16. Milan, Frauceseo Vallardi.

On sait qu'en 1885, avait paru le premier volume du Manuel de sémiologie des maladies mentales de M. Morselli, contenant les généralités et les données nécessaires à l'examen anamnestique, anthropologique et physiologique des aliénés. Le volume II, qui traite de l'examen psychologique, vient seulement de paraître : sa première partie est une introduction sur les rapports des phénomènes psycho-pathologiques avec les phénomènes somatiques et anthropologiques ; quels que soient ces rapports, la psychologie et l'examen psychologique sont les véritables buts de l'aliéniste.

Cette étude de l'esprit de l'aliéné est le seul moyen que l'on ait de connaître la genèse et la forme du trouble mental. C'est que, pour M. Morselli, la folie, maladie ou anomalie de la personnalité, est une perturbation totale de l'organisme. Il ne faut pas avoir peur de faire de la psychologie en aliénation mentale, au risque d'être traité de « métaphysicien caché », et il ne faut pas faire de « la médecine mentale d'infirmier ».

Cette première partie explique donc dans quel esprit l'auteur va exposer les méthodes de l'examen psychique. Les cinq opérations méthodiques de la sémiologie psychiatrique sont l'inspection, l'interrogatoire, la preuve matérielle (lettres, écrits, dessins, habillements, etc.), la preuve expérimentale et la preuve par témoins. Ces méthodes fournissent des résultats, c'est-à-dire font connaître des signes *effectifs* dont l'étude constitue la sémiotie synthétique, puisque ces méthodes atteignent des symptômes morbides complexes et des syndromes cliniques polymorphes que présente l'aliéné. Ce n'est qu'après avoir appris à connaître cette sémiologie synthétique que l'on peut étudier la perturbation élémentaire des fonctions psychiques constituant l'étude de la sémiologie analytique. Cet ordre dans l'étude des symptômes est précisément l'ordre que l'on suit empiriquement dans l'examen d'un aliéné, et c'est l'originalité de M. Morselli de l'avoir adopté dans ce livre. La sémiotique synthétique est la seule vraiment accessible à l'étudiant et au médecin praticien ; l'analytique intéresse plus particulièrement

l'aliéniste de profession; c'est pourquoi M. Morselli s'étend sur la première avec un développement énorme.

Il étudie donc d'abord l'expression des états psychiques, c'est-à-dire l'aspect extérieur, le langage et les actes de l'aliéné. La partie qui traite du langage est très détaillée; mais nous avons en France un excellent livre de M. Séglas, bien connu des lecteurs des *Annales*, qui a précédé ce manuel et où se trouvent exposés, d'une façon très remarquable, les troubles du langage chez les aliénés, ce qui rend beaucoup moins utile le travail de M. Morselli sur ce point.

Quant à ce qui touche à la séméiotique analytique, l'auteur conserve provisoirement et pour ne pas jeter le trouble dans les idées du grand public médical, auquel s'adresse ce livre, l'ancienne division classique des faits de l'esprit en émotions, pensées et volontés. Il est à croire que dans le futur traité qu'il nous annonce et que nous espérons bien ne pas attendre si longtemps que ce second volume, il est à croire que cette division disparaîtra définitivement. Les phénomènes que l'on peut diviser en émotions, pensées et volontés ont des propriétés communes, car les fonctions fondamentales de l'esprit sont celles de discernement, de mémoire et d'association que M. Morselli réunit dans l'expression de conscience. Il étudie les troubles élémentaires de l'esprit d'après le plan suivant : après des généralités sur l'analyse de l'esprit et une classification des troubles élémentaires, il aborde l'examen des troubles généraux de conscience (dyssynésie). Il faut faire porter ces recherches successivement sur l'intensité de la conscience (puissance de l'attention, examen psychométrique), sa clarté, son extension, l'intégration des états psychiques et la continuité unitaire de la conscience; puis viennent les troubles de l'intelligence, du sentiment et de la volonté (dysnoésie, dystimie, dysboulie).

Enfin, le volume est terminé par des échantillons d'écrits d'aliénés, une liste de livres où l'auteur a puisé des renseignements, enfin des reproductions de photographies d'aliénés.

Quelles que soient les critiques, prévues d'ailleurs par l'auteur, qu'on lui adresse et que, pour ma part, il me paraît inutile de faire dans un simple compte rendu, on ne peut que louer l'auteur d'avoir mené à bonne fin un travail aussi considérable et qui sera d'une utilité quotidienne pour les aliénistes; quant aux médecins qui sont peu au courant des maladies mentales, je crains, malgré que l'auteur ait aussi écrit ce volume à leur

intention, que cette séméiologie ne soit un peu trop savante pour eux, ce n'est d'ailleurs pas un reproche que je lui fais.

PH. CHASLIN.

Des dégénérescences rétrogrades dans les nerfs périphériques et les centres nerveux ; par les D^{rs} Klippel et Durante. Broch. in-8°. Extrait de la *Revue de médecine*, 1895.

M. Klippel est depuis longtemps connu par ses travaux sur le système nerveux. Ce nouveau et remarquable mémoire mérite d'attirer tout particulièrement l'attention des histologistes et des pathologistes.

Nous ne croyons pas qu'il y ait mieux à faire que de reproduire les conclusions qui renferment en quelque sorte un résumé du travail de la main même des auteurs :

1° La loi de Waller, exacte dans sa première partie seulement, doit être complétée par les notions suivantes :

2° Les tubes nerveux interrompus dans leur continuité ne dégèrent pas seulement dans leur bout périphérique. Ils peuvent subir également une dégénérescence rétrograde dans leur bout central, se propageant vers leur centre trophique, leur noyau d'origine ;

3° Cette dégénérescence rétrograde ne se produira évidemment que si la régénération est empêchée. Il est encore impossible de dire si, dans ces circonstances, elle se développe constamment ; mais il est probable qu'elle est en tous cas beaucoup plus fréquente qu'on ne serait tenté de le supposer d'après les théories actuellement en cours ;

4° La dégénérescence rétrograde s'observe également dans les nerfs périphériques sensitifs et dans les nerfs moteurs ;

5° Elle se développe de même dans les centres nerveux, et nous avons pu la relever en particulier dans le faisceau sensitif du pied du pédoncule cérébral, dans le Ruban de Reil, dans le faisceau pyramidal, dans le faisceau cérébelleux et dans les cordons postérieurs de la moelle ;

6° Dans ces derniers elle est souvent moins compacte que la dégénérescence ascendante, ce qui peut s'expliquer par l'organisation générale des voies sensitives dans le système nerveux central ;

7° La dégénérescence rétrograde remonte généralement, mais

pas toujours, jusqu'au noyau d'origine qui lui-même s'altère le plus souvent;

8° Elle peut dépasser ce noyau et se propager au « neurone » précédent en suivant en sens contraire les voies physiologiques du courant nerveux, et nous apportons deux observations cliniques de dégénérescence descendante des cordons postérieurs d'origine cérébrale, dont jusqu'ici, on n'avait encore signalé l'existence qu'expérimentalement chez les animaux;

9° Cette dégénérescence semble se faire un peu plus tardivement que la dégénérescence wallérienne, car elle demanderait de dix à quarante jours pour devenir appréciable;

10° Son évolution est très variable, mais paraît d'autant plus rapide que le sujet est plus jeune et que la section a porté plus près de l'origine du tube nerveux, ce qui tient probablement à ce que, dans ce cas, le noyau gris est plus promptement et plus fortement atteint;

11° Au bout de quelques mois, le processus régressif est, selon toute vraisemblance, complètement terminé, aussi ne pourra-t-on plus retrouver alors de granulations myéliniques apportant la preuve de la dégénérescence. C'est pour cela que les recherches sur les nerfs des amputés sont presque toujours demeurées sans résultat;

12° Histologiquement, la dégénérescence rétrograde est caractérisée par la myéline atteinte la première (tandis que, dans la dégénérescence wallérienne, c'est le cylindre-axe qui se modifie d'abord), et la très longue conservation du cylindre-axe qui, souvent, persiste presque indéfiniment. Suivant la rapidité et l'intensité de l'évolution, tantôt, et c'est le phénomène le plus fréquent, elle semble s'user, elle subit une résorption presque moléculaire qui se manifeste par une atrophie progressive de cette gaine. La méthode de Marchi permet cependant, le plus souvent, de retrouver dans ce cas des granulations noires autour des vaisseaux, donnant la preuve d'une dégénérescence;

13° Les noyaux gris ne sont pas toujours intéressés d'une façon histologiquement appréciable, même lorsque la dégénérescence se propage d'un neurone au neurone suivant. Les lésions que l'on y constate sont d'abord une atrophie simple des cellules nerveuses avec altération de la substance chromatique; puis une dégénérescence aboutissant à une destruction complète de ces éléments;

14° La pathogénie de cette dégénérescence rétrograde est encore très obscure puisqu'elle dépend essentiellement de la na-

ture, très complexe et très discutée du rôle trophique rempli par les cellules nerveuses. Le tube nerveux demeurant en rapport avec son centre, mais étant privé de ses ramifications terminales qui permettaient les échanges avec les organes voisins, on pourrait peut-être invoquer l'absence de circulation nerveuse dans le cylindre-axe, entraînant l'absence de ce que l'on peut comparer à des courants induits, et, par suite, l'absence des échanges nécessaires à la nutrition de l'enveloppe du nerf;

15° Ces faits permettent d'expliquer l'origine et la pathogénie des altérations de la moelle chez les amputés et de quelques atrophies musculaires dites réflexes qui mériteraient de devenir l'objet de nouvelles recherches basées sur la possibilité d'une dégénérescence rétrograde;

16° La connaissance de la dégénérescence rétrograde dans les centres nerveux éclaire le mode de développement de plusieurs variétés de myélites combinées;

17° Une partie des faits publiés sous le titre de sclérose latérale amyotrophique relève, peut-être, d'une sclérose ascendante du faisceau pyramidal secondaire à l'altération des cellules des cornes antérieures;

18° Plusieurs cas de maladie de Westphal peuvent être considérés comme des myélites transverses ayant déterminé une dégénérescence des faisceaux médullaires dans les deux sens;

19° Enfin, un grand nombre d'observations de myélites combinées systématisées doivent être regardées comme des dégénérescences descendantes multiples secondaires à des lésions encéphaliques diffuses ou en foyer.

PH. CHASLIN.

Etude anthropométrique sur les prostituées et les voleuses; par le Dr Pauline Tarnowsky. — Paris, Lecrosnier et Babé, éditeurs, et aux bureaux du *Progrès médical*, 1889.

Cette étude a paru, il y a plusieurs années déjà, mais elle est toujours à l'ordre du jour, et je ne pense pas que, depuis M^{me} Tarnowsky, on ait découvert d'autres documents importants sur cette question. Quant aux conclusions de l'auteur, on peut dire que plusieurs d'entre elles ont reçu aujourd'hui l'adhésion générale.

Il y a deux parties distinctes dans cette étude, l'une a trait aux prostituées, l'autre aux voleuses; la première est réellement

originale, la seconde est seulement un chapitre nouveau ajouté aux nombreux écrits publiés sur l'anthropologie criminelle, une recherche sur une classe de criminelles suivie selon la méthode classique de l'Ecole italienne.

Naturellement, l'auteur admire Lombroso ; mais il faut reconnaître qu'il admire également Morel, qu'il considère comme le seul précurseur de Lombroso. Sa doctrine n'est, du reste, pas tout à fait celle du chef de l'Ecole d'anthropologie criminelle, elle s'en éloigne même en un point important : Les stigmates de la criminalité, dit M^{me} Tarnowsky, ne sont pas des preuves d'atavisme, ils sont des preuves de dégénérescence. Mais résumons rapidement toute sa théorie : Dans la grande majorité des cas, les criminels, quelle que soit leur nationalité, quelle que soit leur race, présentent certaines particularités physiques et psychiques qui sont les véritables stigmates de la criminalité. Ces stigmates spéciaux sont nombreux, ils sont de valeurs diverses et se présentent, chez chaque sujet, en plus ou moins grand nombre. C'est leur ensemble, chez l'individu, plutôt que leur nature propre, qui permet de diagnostiquer la criminalité. Tels sont les principes sur lesquels est basée l'étude de ces deux catégories d'anormales, les prostituées et les voleuses.

L'étude des prostituées est très intéressante ; mais elle suggère de suite certaines objections. Tout d'abord, la prostitution est-elle véritablement un crime ? C'est là, pour M^{me} Tarnowsky, une chose tellement évidente qu'elle ne cherche même pas à le démontrer, à moins qu'on veuille bien prendre pour une démonstration un argument ingénieux, mais peu concluant selon moi, qu'elle donne d'une façon incidente dans le cours de son travail. La statistique, dit-elle, prouve que les crimes sont beaucoup plus souvent commis par des hommes que par des femmes ; la tendance au crime, chez l'homme, surpasserait de quatre à cinq fois cette même tendance chez la femme. Or, la femme n'est pas supérieure à l'homme, au point de vue moral, à un aussi haut degré, *mais les prostituées, qui sont des criminelles, comblent la différence excessive que la statistique établit en faveur des femmes* ? Eh bien ! non, ce n'est pas avec de telles preuves qu'on établira en principe que les prostituées sont des criminelles. Si l'homme est plus souvent criminel que la femme, c'est en partie parce qu'il a bien plus souvent qu'elle l'occasion de commettre des crimes. Quant à cette proposition : les prostituées sont des criminelles, préalablement à tout examen, elle semble au moins étrange. Les prostituées seraient ordinaire-

ment des dégénérées, oui; mais pourquoi seraient-elles des criminelles? Peut-être cependant que la prostitution qui, dans les sociétés primitives, était chose toute naturelle, comme l'inceste du reste, est, avec les progrès de l'évolution, devenue un crime social? Il se peut qu'il en soit ainsi, mais il faudrait le démontrer.

Mais il ne faudrait pas exagérer l'importance de cette critique qui ne porte, dans le fond, que sur un point secondaire. En somme, le but principal de l'auteur, l'œuvre qu'il s'est proposée c'est d'établir l'anthropométrie des prostituées et l'on peut dire qu'il a complètement rempli sa tâche difficile. Les difficultés ne lui ont pas manqué, en effet; ce qui ne surprendra pas ceux qui ont voulu se livrer à des recherches analogues, même beaucoup plus simples que les siennes. Il explique, dans sa préface, qu'il a pendant quatre ans étudié, au point de vue anthropométrique, un nombre considérable de prostituées professionnelles, à l'hôpital de Kolenkine, mais qu'il n'a comparé entre eux que les sujets dans des conditions d'identité parfaite quant à la race. C'est là un point très important en anthropométrie, mais on imagine les nombreuses et patientes recherches nécessaires pour l'atteindre.

En tout cas, ce travail persévérant a porté des fruits, et les déductions tirées de toutes ces nombreuses observations, sont d'un véritable intérêt. Plusieurs d'entre elles corroborent seulement des données déjà formulées, mais en leur donnant la sanction de la recherche par les méthodes véritablement scientifiques; d'autres sont inédites. J'en voudrais indiquer quelques-unes :

Les prostituées habituelles sont entachées d'une hérédité morbide, plus ou moins lourde : phthisie, psychoses, syphilis, alcoolisme... Elles présentent des signes somatiques et psychiques de dégénérescence. Ces stigmates sont plus marqués quand la tare héréditaire vient du côté maternel. L'anomalie psychique est caractérisée soit par une débilité plus ou moins prononcée de l'intelligence, soit par une constitution névropathique, soit par l'absence de sens moral. Malgré tous les efforts pour moraliser les masses, le contingent où se recrute la prostitution ne cessera d'augmenter tant que subsisteront les causes qui concourront à la dégénérescence de l'humanité.

J'ai dit que la seconde partie du livre de M^{me} Tarnowsky était consacrée à l'anthropométrie des volcuses. Comparant celles-ci aux prostituées, notre auteur fait voir que les deux varié-

tés de dégénérées offrent entre elles de grandes analogies, mais que les prostituées s'éloignent davantage du type de la femme normale que ne s'en éloignent les voleuses, celles-ci étant chargées d'une tare héréditaire moins lourde que celle qui pèse sur les prostituées.

En terminant, je reproduirai cette dernière proposition qui résume le fonds philosophique du travail du D^r Pauline Tarnowsky :

« Les données anthropométriques, les recherches sur l'hérédité, les circonstances de la naissance, de la vie sociale, le niveau intellectuel et moral, tout prouve que les prostituées et les voleuses appartiennent à une classe de femmes anormales, dégénérées ou dégénérantes. Elles sont les produits des bas-fonds, de la lie de la société.... Sans enrayer le mal, il ne suffit pas de punir, il faudrait atteindre le mal à la source même : améliorer les conditions du milieu où naissent et vivent ces femmes, diminuer leur misère, élargir les voies du travail honnête et rémunérateur pour les femmes qui voudraient rester honnêtes, etc... » En un mot, faire une bonne hygiène sociale, chose facile en théorie, mais, hélas ! en théorie seulement.

CAMUSET.

Contribution à l'étude anatomique et clinique de l'acromégalie et en particulier d'une forme amyotrophique de cette maladie ; par M. le D^r Duchesneau, ancien interne des hôpitaux et de la Maternité de Lyon. Paris, J.-B. Baillière et fils, 1892.

En 1886, M. Marie a établi un type morbide nouveau, l'acromégalie. Depuis cette époque, de nombreux travaux ont paru sur ce sujet et M. Marie lui-même est revenu à plusieurs reprises sur son premier mémoire, soit pour le compléter, soit pour indiquer l'existence d'états pathologiques différents de l'acromégalie, mais lui empruntant plus ou moins de ses éléments symptomatiques, telle cette affection dénommée par lui *ostéo-arthropathie hypertrophique pulmonique*, dans laquelle on trouve certaines des lésions osseuses et articulaires de l'acromégalie, ce qui pourrait amener une confusion, mais qui débute toujours par un processus pathologique pulmonaire ou pleural. C'est également à l'étude de l'acromégalie qu'est consacrée cette thèse de valeur, écrite sous l'inspiration du savant professeur Renaut, par un élève distingué de la Faculté de Lyon, M. le D^r Duchesneau.

L'auteur ne prétend pas s'attaquer à l'entité acromégalie ; pour lui, le type éré par M. Marie reste intact, aussi bien au point de vue clinique qu'au point de vue anatomique ; il veut seulement démontrer que ce type nosologique peut se présenter sous des modalités qui n'avaient pas encore été observées. Il existe, dit-il, une *forme amyotrophique* de l'acromégalie, la production de cette forme est toute occasionnelle, et sa raison d'être est dans la compression des nerfs rachidiens dans les trous de conjugaison, dans les cas de lésions osseuses rachidiennes devenues excessives. Cette forme a donc une valeur purement clinique et ne constitue qu'un incident du processus acromégalique.

C'est naturellement au moyen de l'observation clinique pure que M. Duchesneau soutient son opinion ; il relate donc de nombreuses observations, la plupart inédites, en faisant ressortir ce que certaines d'entre elles ont d'intéressant au point de vue de la modalité clinique qu'il veut établir. Parmi ces observations, la plus importante, la plus détaillée, en même temps, est celle d'une femme atteinte d'acromégalie suivie pendant de longues années dans les hôpitaux de Lyon. C'est cette observation qui a suggéré l'idée de la thèse. Je dois en donner ici le sommaire.

Une femme exempte de tare nerveuse héréditaire, n'étant ni alcoolique, ni syphilitique, ni rhumatisante, devint malade vers l'âge de trente ans. L'affection débuta par des douleurs à la nuque qui s'irradiaient à la tête. Plus tard, ces douleurs s'étendirent au rachis et même un peu aux membres inférieurs. En même temps, les muscles de la nuque s'atrophiaient, puis ceux des membres supérieurs, enfin ceux du tronc et du ventre, l'atrophie était masquée par une hypertrophie fibro-graisseuse. Les mouvements devinrent de plus en plus limités et de plus en plus faibles dans les muscles malades. Les douleurs étaient continues avec des exacerbations, parfois elles étaient atroces. Parallèlement à ce processus atrophique et paralytique se montrèrent successivement tous les symptômes de l'acromégalie. Avec le temps, le faciès devint caractéristique. La malade finit par succomber dans le marasme à quarante-huit ans. M. Duchesneau considère, à juste raison, trouvons-nous, ce cas comme confirmatif de la modalité clinique qu'il veut établir. Une autopsie très détaillée avec examen histologique fit constater de la névrite dans des nerfs du cou, du thorax et du ventre et avec compression desdits nerfs à leur passage à travers les trous de conjugaison, lesquels étaient rétrécis par la présence

d'une couche fibro-adipeuse épaisse les tapissant. La théorie de l'auteur se trouve ainsi pleinement confirmée.

Accessoirement l'auteur démontre, toujours au moyen de la clinique, qu'en comparant tous les cas bien étudiés d'acromégalie, on peut encore établir d'autres modalités cliniques de cette affection. Une entre autres est caractérisée par la prédominance et la gravité des troubles visuels survenus dès le début, troubles qu'on ne peut par conséquent expliquer par les désordres anatomiques résultant de l'hypertrophie de la glande pinéale.

Comme je voudrais avoir réussi à le démontrer, la thèse de M. Duchesneau n'est pas une thèse banale, elle apporte un document nouveau à l'histoire de l'acromégalie. Elle est aussi intéressante à un autre point de vue, elle renferme un nombre important d'observations inédites de cette affection en somme peu fréquente.

CAMUSET.

Des méningites microbiennes; par M. le D^r Adenot, ancien interne des hôpitaux de Lyon, aide d'anatomie. Paris. J.-B. Baillière et fils, éditeurs, 1890.

Il s'agit exclusivement, dans la thèse de M. Adenot, de recherches microbiologiques, à la vérité appliquées à l'étude d'une classe de maladies nerveuses, celle des méningites. L'auteur rappelle d'abord les anciennes théories sur l'étiologie des méningites. Ce n'est qu'en 1875 que, pour la première fois, Klebs nota la présence de pneumocoques dans le liquide des ventricules cérébraux d'un sujet mort de méningite. Depuis cette époque, les découvertes de ce genre se sont multipliées et la tendance actuelle est d'attribuer presque toutes les maladies aiguës à des infections par les microbes et par leurs produits. C'était déjà, en 1890, l'opinion de l'auteur, en ce qui concerne les méningites au moins, car on lit dans les conclusions de sa thèse : « Les méningites vraies sont probablement toutes d'origine microbienne. »

Le travail de M. Adenot est un travail sérieux, mais c'est un travail de technique que je n'ai pas à analyser dans les *Annales médico-psychologiques*. Depuis qu'il a paru, du reste, on a publié bien des travaux sur le même sujet ou sur des sujets analogues et la question n'est plus en 1896, au point où elle en était

en 1890. Je dois cependant noter que l'auteur n'a pas, dans ses recherches, suivi la méthode ordinaire. La clinique est en général le point de repère dans les travaux de ce genre; on cherche, par exemple, les microbes qui peuvent se rencontrer dans les méningites consécutives à une maladie infectieuse quelconque, ensuite on étudie, au point de vue microbien, les méningites primitives, etc. L'auteur a choisi un autre plan: négligeant la clinique, il recherche systématiquement dans tous les cas de méningite, d'abord les cocci, puis les bactéries, etc.

Quoi qu'il en soit, ses conclusions sont les déductions logiques de ses expériences; il ne se laisse pas entraîner par des idées préconçues, et il ne prend absolument en considération que les seuls résultats de ses cultures. Voici ses principales conclusions:

Les variétés de microbes constatées dans les exsudats méningitiques sont déjà multiples. Les espèces trouvées jusqu'à ce jour sont: le pneumocoque, le streptocoque pyogène, le streptocoque intra-cellulaire, le bacille typhique, le staphylocoque pyogène, le pneumo-bacille de Friedlander, enfin des microbes indéterminés. Il est probable que des recherches ultérieures permettront d'augmenter ce nombre, les méningites vraies sont probablement toutes d'origine microbienne. Les microbes, pour arriver aux méninges, empruntent soit la voie directe, soit la voie sanguine. Celle-ci est de beaucoup la plus fréquente.

CAMUSET.

Een geval van dyslogische paragraphie en paralexie bij algemeene progressive paralyse (Un cas de paragraphie dyslogique et de paralexie dans la paralysie générale); par le Dr P.-C.-J. Van Brero. Broeh. in-8°. Extrait de *Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch Indië Deel XXXII, Af. 5*, Batavia, 1892.

C'est un cas intéressant, rapporté avec détail, de paragraphie dyslogique et de paralexie chez un paralytique général, soldat de l'armée des Indes hollandaises; malheureusement l'autopsie n'a pu être pratiquée. L'origine était syphilitique, mais le traitement dirigé contre la vérole n'a eu aucun effet appréciable.

PH. CHASLIN.

Circulaire stupor met chorea bij een Kind (Stupeur circulaire avec chorée chez un enfant); par le D^r Van Brero. *Ibid.* D. XXXIV, afl. 1.

Très longue observation avec tous les détails d'un enfant de treize ans, qui a présenté un état de stupeur circulaire, c'est-à-dire de folie circulaire avec période de stupeur, eu même temps que de la chorée. Ce qu'il y a de plus frappant et d'intéressant est que, durant la phase maniaque, les mouvements choréiformes disparaissaient pour reparaitre pendant la phase stuporeuse. Cela viendrait à l'appui de la théorie que Meyuert a soutenue, dans ses leçons cliniques suivant laquelle, dans la stupeur, l'écorce étant à l'état d'inanition, l'attraction moléculaire pour le sang est au minimum, tandis qu'elle est très exagérée dans les centres sous-corticaux, alors hyperémiés, ce qui produit les désordres moteurs de la chorée.

PH. CHASLIN.

Iets over Latah (Sur le « latah »); par le D^r J. Van Brero. *Ibidem*, D. XXXIV, Afl. 5.

Ce travail renferme huit observations de « latah » chez des femmes des Indes hollandaises, qui permettent à l'auteur de poser les conclusions suivantes : Le « latah » est une névrose cérébrale héréditaire grâce à laquelle se développent par provocation de la schokinésie, de l'écholalie et de la coprolalie. Avec Marina, on peut proposer comme scientifique la définition raccourcie suivante : myospasme impulsif imitativo provoqué. Chez beaucoup des femmes observées, il faut remarquer l'excitabilité réflexe exagérée.

PH. CHASLIN.

Iets over de beginsymptomen bij de algemeene progressive paralyse (Un mot sur les symptômes du début de la paralysie générale); par le D^r Van Brero. *Ibid.* Deel XXXIII, Afl. 4.

Cet article est une revue critique des travaux récents sur les signes du début de la paralysie générale où l'on trouvera quelques indications bibliographiques hollandaises que l'on a le tort de laisser ordinairement de côté.

PH. CHASLIN.

sogni e il sonno nell'istressismo e nella epilessia (Les rêves et le sommeil dans l'hystérie et dans l'épilepsie); par le professeur Sante de Sanctis. Broch. in-8°. Roma. Societa ed. Dante Alighieri, 1896.

Analyser ce nouveau travail de M. de Sanctis serait beaucoup trop long, il suffira de le signaler à nos lecteurs comme très remarquable; l'auteur est certainement un des aliénistes italiens qui travaillent le plus et avec le plus de succès. La littérature tout entière qui touche au sujet de près ou de loin a été mise à contribution et on verra avec plaisir que les auteurs français sont parfaitement connus et appréciés par M. de Sanctis. Voici seulement en deux mots les résultats obtenus par l'auteur: A propos du sommeil chez les hystériques et chez les épileptiques, il arrive à cette conclusion que l'insomnie complète habituelle est rare, en tout cas moins rare dans l'hystérie que dans l'épilepsie. Dans l'une et l'autre névrose, et plus spécialement chez les malades qui ont un sommeil profond habituel, l'insomnie cyclique est fréquente, souvent rythmique. Enfin, une insomnie incomplète est très fréquente dans l'hystérie légère et dans le petit mal et aussi chez les hystériques graves ou les épileptiques ayant le sommeil léger. Quant à ce qui touche au rêve, il trouve des différences suivant la névrose, dans leur fréquence, leurs causes extérieures, leur contenu et leur forme. Enfin, il y a des rapports entre l'état de rêve et de veille suivant la névrose et sa forme, ce qui a aussi une action sur le souvenir du rêve. La conclusion générale de cette étude est l'existence et la spécificité d'un syndrome nocturne dans l'hystérie et l'épilepsie et d'un stigmatisme onirique dans l'hystérie.

PH. CHASLIN.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— Emprisonnement et criminalité. La maison centrale de Nîmes; ses organes, ses fonctions, sa vie; par le Dr Charles Perrier, médecin des prisons. 1 vol. in-18 de 225 pages. Paris, G. Masson, 1896.

— La saliva parotidea dei lipemaniaei. Nota (Note sur la salive parotidienne des lypémaniques); par le Dr G. Dotto. 12 pages in-8°. Extrait de *Il Pisani*, mai-août 1895.

— Twelfth annual Report of the Committee on Lunacy to

the Board of public Charities of the Commonwealth of Pennsylvania for the year ending september 30, 1894 (Douzième rapport annuel du « Committee on Lunacy » du Conseil de la charité publique de l'Etat de Pensylvanie pour l'année finissant le 30 septembre 1894). 187 pages in-8°. 1895.

— Il chimismo gastrico e la tossicità dell'urina nei pazzi. Richerche sperimentali (Recherches expérimentales sur le chimisme gastrique et la toxicité de l'urine chez les aliénés); par le D^r G. Dotto. 65 pages in-8°. Extrait de *Il Pisani*, septembre-décembre 1895.

— The fonctions of the frontal lobes (Les fonctions du lobe frontal); par le professeur L. Bianchi. 25 pages in-8°. Extrait du *Brain*. Londres, 1895.

— Pathogénie de l'épuisement nerveux; par le D^r Maurice de Fleury. 34 pages in-8. Extrait de la *Revue de médecine*, numéro du 10 février 1896.

— Sulle Degenerazioni discendenti endoemisferiche seguite alla estirpazione dei lobi frontali. 1^{re} comunicazione (De la dégénérescence descendante endohémisphérique consécutive à l'extirpation des lobes frontaux, 1^{re} communication); par le professeur L. Bianchi. 24 pages in-8° avec planches. Extrait des *Annali di Neurologia*. Naples, 1895.

— Les délinquants dits irresponsables; par le D^r Charpentier, médecin de Bicêtre. 42 pages in-8°. Paris, Masson et C^{ie}, édit., 1896.

— Traité de chirurgie cérébrale; par A. Broca et G. Maudsley. 1 vol. in-8° de 586 pages avec 72 fig. dans le texte. Paris, Masson et C^{ie}.

— Nuovi elettrodi per l'applicazione di correnti continue a grande intensità (Nouveaux électrodes pour l'application des courants continus à grande intensité); par Carlo Luraschi. 7 pages in-8° avec planches. Extrait du *Atti dell' Associazione medica Lombarda*, mars-avril 1895.

— Cahier de feuilles d'autopsies pour l'étude des lésions du névraxe; par le D^r J. Dejerine. 30 pages in-4°. Paris, Rueff et C^{ie}, 1895.

— Le corrente trasformato. Nuove correnti e nuovi apparecchi elettrici (Le courant transformé. Nouveaux courants et nouveaux appareils électriques); par le D^r Carlo Luraschi, 35 pages in-8° avec 27 figures. Milan, 1896.

— Fraudes et dangers du magnétisme. Conférence faite par E. Raynaldy, membre de l'Association philotechnique. 16 pages in-8°. Paris, imprimerie Paul Lemaire, 1895.

— Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. Sixième session tenue à Bordeaux, du 1^{er} au 7 août 1895. Rapports et Comptes rendus

des séances, publiés par le D^r E. Régis, secrétaire général, 2 vol. in-8°, 270-508 pages. Paris, G. Masson, 1896.

— Genio e pazzia in Torquato Tasso (Génie et folie chez Torquato Tasso); par Luigi Roncoroni, 1 vol. in-8° (231 pages avec fig.) de la *Biblioteca antropologico-giuridica*. Turin, Fratelli Borea, 1896.

— Les Aliénés devant la justice; par le D^r Eug. Thibaud. 56 pages in-8°. Paris, G. Steinheil, 1896.

— Reo per delirio paranoico. Da una relazione peritale (Criminel par délire paranoïque. Rapport médico-légal); par le D^r Vittorio Codeluppi, directeur-médecin du manicomio judiciaire d'Ambrogiana. 18 pages in-8°. Extrait de *Il manicomio moderno*, 1896.

— Contribution à l'étude des troubles intellectuels consécutifs à la fièvre typhoïde. Délire amnésique; altérations passagères de la personnalité; par les D^{rs} Devie et Joanny Roux. 23 pages in-8° avec planche. Extrait de la *Province médicale*. Lyon, 1896.

— Stigmata anatomiques de la criminalité; par le D^r Dallemagne. 1 vol. in-18 (185 pages) de l'*Encyclopédie scientifique des Aide-mémoire*. Paris, G. Masson, s. d.

— Sui fattori fisici e sociali é sulla distribuzione della degenerazione psichica nella provincia di Bergamo (Des facteurs physiques et sociaux et de la distribution de la dégénérescence physique dans la province de Bergame); par le D^r Giuseppe Antonini. 41 pages in-8° avec six cartes topographiques. Bergame, 1895.

— Impulsions et phobies; par le D^r Ph. Tissié. 18 pages in-8°. Extrait des *Comptes rendus du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de Bordeaux*, 1896.

— Die Krankheiten des Gehirns und seiner Adnea im Gefolge von Naseneiterungen (Les maladies du cerveau et de ses annexes consécutives aux suppurations nasales); par le D^r R. Dreyfus. 104 pages in-8°. Léna, Gustav Fischer, 1896.

— Expérience sur les rêves et en particulier sur ceux d'origine musculaire et optique; par le D^r J. Mourly Vold. 16 pages in-12. Christiania, 1896.

— Stigmata biologiques et sociologiques de la criminalité; par le D^r Dallemagne. 1 vol. in-18 (212 pages) de l'*Encyclopédie scientifique des Aide-mémoire*. Paris, G. Masson, s. d.

— Termo-estésie erurali. Kauma-estésie e psicro-estésie (Thermocesthésie erurale. Sensations de chaud et de froid); par le professeur Venturi Silvio. 15 pages in-8°. Extrait de la *Riforma medica*, février 1896.

— Considérations générales sur la pathogénie des troubles

psychiques. Examen critique d'une hypothèse (Les auto-intoxications dans les maladies mentales); par le D^r A. Sante-noise, interne de l'asile de Maréville. 87 pages in-8°. Thèse de Nancy, 1896.

— La fughe degli alienati criminali dai manicomie (L'évasion des aliénés criminels des manicomes); par le D^r G. Antoni-ni, du manicomio provincial de Bergame. 24 p. in-8°. Extrait de *La Scuola positiva*, 1896, n° 3.

— L'éthique. Le bien et le mal. Essai sur la morale consi-dérée comme sociologie première; par E. de Roberty, professeur à l'Université nouvelle de Bruxelles. 1 vol. in-18 (237 pages) de la *Bibliothèque de philosophie contemporaine*. Paris, Félix Alcan, 1896.

— Grado estremo di dolicocefalia. Nota clinico-anthropologica (Degré extrême de dolichocéphalie. Note clinico-anthropolo-gique); par le D^r Amaldo Pieraccini, du manicomio de Mace-rata. 4 pages in-8°. Extrait de l'*Archivio di psichiatria, scienze penali*, etc. Vol. XVII. Fasc. III.

— Verslag betreffende het Gesticht Meerenberg over het jaar 1895, ingezonden aan de Commissie van Toezicht over gecensurd Gesticht (Rapport sur l'asile de Meerenberg pour l'année 1895, présenté à la Commission de surveillance de cet asile); par le D^r J. van Deventer, médecin-directeur. 190 pages in-8°. Haarlem, 1896.

— In causa di testamento. Sullo stato mentale del fu Léo-poldo Alerame Massone. Perizia psichiatrica (Affaire de testa-ment. Rapport médico-légal sur l'état mental de feu Léopold Alerame Massone); par le professeur Enrico Morselli. 55 pages in-4°. Gênes, 1896.

— Vergleichende Untersuchungen über einige weniger beachtete Anomalien am Kopfe (Recherches comparées sur quelques anomalies crâniennes peu observées); par le D^r P. Naecke, de l'asile de Hubertsburg. 19 pages in-8°. Extrait de l'*Archiv für Psychiatrie*. Bd XXVIII. H. 2.

— Contributo allo studio delle nevrosi convulsive per auto-intossicazione (Contribution à l'étude des névroses convulsives par autointoxication); par le D^r C. Agostini, du manicomio de Pérouse. 8 pages in-4°. Extrait de la *Policlinico*, 1896.

— De la myélite diphtéritique; par le D^r Crocq fils, de Bruxelles. 2 pages in-8°. Extrait des *Comptes rendus du Con-grès de médecine de Brédaux*, 1895.

— Sulla tossicità del succo gastrico negli epilettici (De la toxicité du suc gastrique chez les épileptiques); par le D^r C. Agostino. 4 pages in-8°. Extrait de la *Rivista di pathologia nervosa e mentale*. Mars 1896.

— Pathogénie des névroses traumatiques; par le D^r J.-B.

Crocq fils. 7 pages in-8°. Extrait des *Comptes rendus du Congrès de médecine de Bordeaux*, 1895.

— Le guarigioni tardive della pazzia. Studio clinico e medico-legale (Etude clinique et médico-légale sur les guérisons tardives de la folie); par le D^r Domenico Ventra, du manicomio de Noeera-Inferiore. 100 pages in-8°. Extrait de *Il manicomio moderno*, 1890-1896.

— Les indications de la psychothérapie; par le D^r J.-B. Crocq. 10 pages in-8°. Extrait du *Journal de neurologie et d'hypnologie*. Bruxelles, 1896.

— Il trionfo nelle malattie mentali (Le triomphe dans les maladies mentales); par le D^r Cesare Agostini. 16 pages in-8°. Extrait de *Il manicomio moderno*, 1896.

— Les myélites infectieuses; par le D^r J.-B. Crocq. 6 pages in-8°. Extrait du *Journal de neurologie et d'hypnologie*, 1896.

— L'Année psychologique, publiée par H. Beaunis et E. Binet, avec la collaboration de Th. Ribot, Victor Henri, etc. 2^e année, 1895. 1 vol. in-8° de 1010 pages. Paris, Félix Alcan, 1896.

— Uranisme et unisexualité. Etude sur différentes manifestations de l'instinct sexuel; par Marc-André Raffalovich. 1 vol. in-8° (363 pages), cart. à l'angl., de la *Bibliothèque de criminologie*. Paris, Masson et C^{ie}, 1896.

— La psychologie des sentiments; par Th. Ribot, professeur au Collège de France. 1 vol. in-8° (443 pages), de la *Bibliothèque de philosophie contemporaine*. Paris, Félix Alcan, 1896.

— Duchenne (de Boulogne) et son œuvre. Eloge lu à la séance solennelle du 21 mai 1896, à l'occasion du Centenaire de la Société de médecine de Paris, par le D^r A. Motet, membre de l'Académie de médecine, 31 pages in-8°. Paris, Masson et C^{ie}, 1896.

— Des proportions du corps humain au point de vue esthétique; par le D^r P. Hospital, médecin en chef de l'Etablissement d'aliénés de Sainte-Marie, à Clermont-Ferrand. 89 pages in-8°. Extrait de la *Revue d'Auvergne*, 1895.

— De l'appel des jugements correctionnels frappant les individus reconnus aliénés seulement après leur condamnation; par le D^r A. Giraud, 11 p. in-8°. Extrait des *Comptes rendus du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes*. Session de Bordeaux, 1895.

— Quelques mots sur l'hypochondrie ou nosomanie, ou maladie imaginaire; par le D^r P. Hospital, 14 pages in-8°. Extrait du *Bulletin historique et scientifique de l'Auvergne*. 1896.

— Asile de Saint-Yon. Rapport médical pour l'année 1895; par A. Girard, directeur-médecin, Paetet et Trénel, médecins-adjoints. 30 pages in-8°. Rouen, 1896.

— Pathogénie et physiologie pathologique de l'hallucination de l'ouïe; par le D^r J. Séglas. Rapport au Congrès des médecins aliénistes et neurologistes. Session de Nancy. 75 pages in-8°. Nancy, Crépin-Leblond, 1896.

— On syphilis of the nervous system (La syphilis du système nerveux); par le D^r W. Julius Mickle. 40 p. in-8°. Extrait du *Brain*, 1895.

— Un precursore di Lombroso nel secolo XVII (Un précurseur de Lombroso au xvii^e siècle); par G. Antouini. 32 pages in-8° avec fig. Extrait de l'*Emporium*, mai 1896.

— Recherches bibliographiques, statistiques et cliniques sur les maladies mentales d'origine traumatique; par le D^r Carl Johan Bechholm, médecin-adjoint à l'asile de Bergen (Norvège). 189 pages in-8°. Paris, H. Jouve, 1896.

— Temps passé. Journal sans date; par P. Max Simon, 2^e édit., 1 vol. in-32 de 331 pages. Paris, L. Battaille et C^e, 1896.

— Les théories de la criminalité; par le D^r J. Dallemagne, 1 vol. in-12 (214 pages) de l'*Encyclopédie scientifique des Aide-mémoire*. Paris, Massou et C^{ie}, s. d.

— Contribution à l'étude des changements du système nerveux central dans la polynévrite; par le D^r Serge Soukanoff, médecin de la clinique psychiatrique de Moscou, 14 pages in-8°. Extrait des *Archives de neurologie*, 1896, n° 3.

— La femme criminelle et la prostituée; par C. Lombroso et G. Ferrero. Traduction de l'Italien par Louis Meille, revue par Saint-Aubin, avocat général à Grenoble, 1 vol. in-8° (679 pages avec 13 planches hors texte) de la *Bibliothèque de philosophie contemporaine*. Paris, Félix Alcan, 1896.

— Proceeding of the American Medico-psychological Association at the fifty-first annual meeting held in Denver, June 11-13, 1895 (Procès-verbaux de la cinquante et unième réunion de l'Association médico-psychologique américaine, tenue à Denver, du 11 au 13 juin 1895). 1 vol. in-8° de 258 p. cart. à l'anglaise, 1896.

— Etude sur la médication thyroïdienne; par A. Flourens. 32 pages in-8° avec planches. Bordeaux, G. Gounouilhou, 1896.

— Zur Frage der sog. Moral insanity (Sur la question de la soi-disant « Moral insanity »); par le D^r P. Naেকে, d'Humbertusburg. 11 pages in-8°. Extrait de *Neurologisches Centralblatt*, 1896, n° 11.

— Précis de médecine légale; par le D^r Ch. Vibert. Précédé d'une introduction par le professeur P. Brouardel, 4^e édit. 1 vol. in-8° de 910 pages avec 87 fig. et 5 planches. Paris, J.-B. Baillière et fils, 1896.

— Nota critica sul Tasso et l'utopia di Ciro Caversazzi (Note critique sur la Tasse et l'Utopie de Ciro Caversazzi). 76 p. in-8°. Milano, Ulrico Hoepli, 1896.

— Tares et poisons. Perversion et perversité sexuelles. Une enquête médicale sur l'inversion. Notes et documents. Le roman d'un inverti-né. Le procès Wilde. La guérison et la prophylaxie de l'inversion; par le D^r Lauppts. Préface par Émile Zola. 1 vol. in-8° de 372 pages. Paris, Georges Carré, 1896.

— Contribution à l'étude des troubles mentaux consécutifs aux opérations gynécologiques; par le D^r Adrien Seeligmann. Thèse de Nancy, 1896.

— La Sociologie criminelle; par Henri Ferri, professeur de droit pénal à l'Université de Pise. Traduction de l'auteur sur la 3^e édition italienne, complètement refondue et mise au courant des progrès de la science de droit pénal et de la procédure criminelle. 1 vol. in-8° de 648 pages. Paris, Arthur Rousseau, 1898.

— Les méfaits de l'alcool. Conférence faite le 18 avril 1896, à la Ligue marseillaise contre l'alcoolisme, par les D^{rs} Villard et Rey, et MM. Rostand et Delibes. Broch. in-12 de 45 pages, Marseille, au siège du Comité.

— Leçon d'ouverture du Cours de sociologie criminelle donné à l'Institut des hautes-études; par Enrico Ferri. 15 pages in-8°. Extrait de la *Revue universitaire*. Bruxelles, H. Lamertin, 1895.

— La contagion du meurtre. Etude d'anthropologie criminelle; par le D^r Paul Aubry. Précédé d'une préface du D^r A. Corre. 3^e édit., 1 vol. in-8° (308 pages) de la *Bibliothèque de philosophie contemporaine*. Paris, Félix Alcan, 1896.

— Sociologie criminelle. Syllabus du cours de M. Enrico Ferri à l'Institut des hautes-études. 24 pages in-8°. Bruxelles, Vve Ferdinand Larcier, 1896.

— Considérations générales sur la psychiatrie criminelle; par le D^r P. Naefke. Rapport présenté au Congrès international d'anthropologie criminelle. Session de Genève, 1896. 11 pages in-8°.

— Des variétés cliniques de la folie en France et en Allemagne; par le D^r J. Roubinowitch. Avec une préface du professeur Joffroy. 1 vol. in-8° de 276 pages. Paris, O. Doin, 1896.

— Les empreintes digitales; par Francis Galton. Rapport présenté au Congrès d'anthropologie criminelle. Session de Genève, 1896. 4 pages in-8°.

— Report upon two cases of tumor of the spinal Cord, unaccompanied by severe Pain (Relation de deux cas de tumeur de la moelle épinière, sans accompagnement de grandes dou-

leurs); par le D^r Pearce Bailey. 8 pages in-8° avec planche. Extrait du *Journal of nervous and mental disease*, mars 1896.

— Relations du droit et de l'anthropologie; par Ignace Zakewsky. Rapport présenté au Congrès d'anthropologie criminelle. Session de Genève, 1896. 3 pages in-8°.

— Results of thyroid treatment in sporadic cretinism (Résultats du traitement thyroïdien dans le crétinisme sporadique); par les D^{rs} Frederiek Peterson et Pearce Bailey. 12 pages in-8° avec fig. Extrait du *Pediatrics*, mai 1896.

— Du somnambulisme alcoolique considéré surtout au point de vue médico-légal; par le professeur Xavier Francotte. Rapport présenté au Congrès d'anthropologie criminelle. Genève, 1896. 8 pages in-8°.

— Craniometry and cephalometry in relation to idioey and imbecility (La craniométrie et la céphalométrie dans leurs relations avec l'idiotie et l'imbécillité); par le D^r Frederiek Peterson. 17 pages in-8°. Extrait de l'*American Journal of Insanity*, juillet 1895.

— Applications administratives de l'anthropologie criminelle; par le professeur Fernand Thiry. Rapport présenté au Congrès d'anthropologie criminelle de Genève, 1896. 8 pages in-8°.

— Influence de la presse sur la criminalité; par le D^r Paul Aubry. Rapport présenté au Congrès d'anthropologie criminelle de Genève, 1896. 7 pages in-8°.

— Applications légales de l'anthropologie criminelle; par le professeur Fernand Thiry. Rapport présenté au Congrès d'anthropologie criminelle de Genève, 1896. 4 pages in-8°.

— Les modes de prévenir l'évolution de la criminalité; par le D^r Jean Malarewski. Rapport présenté au Congrès d'anthropologie criminelle de Genève, 1896. 2 pages in-8°.

— Relation entre la prédisposition héréditaire et le milieu domestique pour la provocation du penchant criminel; par le professeur Alimena, de Naples. Rapport présenté au Congrès d'anthropologie criminelle de Genève, 1896. 2 pages in-8°.

— La séméiologie des tremblements; par le D^r Lucien Lamacq. Rapport présenté au Congrès des médecins aliénistes et neurologistes. Session de Nancy, 1896. 25 pages in-8°.

— Internement des aliénés (thérapeutique et législation); par le D^r Paul Garnier. Rapport présenté au Congrès des médecins aliénistes et neurologistes. Session de Nancy, 1896. 110 pages in-8°.

— Traité clinique de psychiatrie; par le D^r R. von Krafft-Ebing. Traduit sur la 5^e édition allemande par le D^r Emile Laurent. 1 vol. in-8° de 748 pages. Paris, A. Maloine, 1896.

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

Décret du 31 juillet 1896 : Sur la proposition du ministre de l'intérieur est nommé au grade de chevalier de la Légion d'honneur : M. le D^r BARBÉ-GUILLARD, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Léhon (Côtes-du-Nord). En fonctions depuis 1877. Ancien médecin de l'hôpital de Dinan. Membre du conseil d'hygiène depuis 1862. Elu au conseil municipal de Dinan en 1869. Membre du conseil général des Côtes-du-Nord de 1867 à 1889. 28 ans de service.

— *Arrêté du 20 juillet 1896* : M. le D^r MAUPATÉ, médecin-adjoint de l'asile d'Armentières (Nord), est promu à la 1^{re} classe de son grade (3,000 fr.), pour prendre rang à partir du 1^{er} juillet 1896 ;

M. le D^r S. GARNIER, médecin-directeur de l'asile de Dôle (Jura), est promu à la classe exceptionnelle de son grade (8,000 fr.), pour prendre rang à partir du 1^{er} juillet 1896 ;

M. le D^r KÉRAVAL, directeur-médecin de l'asile d'Armentières (Nord), est promu à la 1^{re} classe de son grade (7,000 fr.), pour prendre rang à partir du 1^{er} juillet 1896.

— *Arrêté du 29 juillet 1896* : M. le D^r ADAM, médecin en chef de l'asile de Clermont (Oise), est promu à la 1^{re} classe de son grade (7,000 fr.), pour prendre rang à partir du 1^{er} juillet 1896 ;

M. le D^r BELLAT, médecin-directeur de l'asile de Breuty-la-Couronne (Charente), est promu à la 2^e classe de son grade (6,000 fr.), pour prendre rang à partir du 1^{er} juillet 1896.

— *Arrêté du 8 août 1896* : M. le D^r VIALLOX, médecin-adjoint de l'asile de Dijon, est promu à la 1^{re} classe de son grade (3,000 fr.), pour prendre rang à partir du 1^{er} août 1896.

XII^e CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

Moscou, 7/19 — 14/26 août 1897.

Section des maladies nerveuses et mentales.

Le comité d'organisation de la section des maladies nerveuses et mentales du Congrès international de médecine de Moscou, est ainsi composé :

Les gérants : Prof. A. Kojevnikow, prof. S. Korsakow, prof. W. Roth (Moscou).

Membres : Prof. J. Anfimow (Kharkow), prof. W. Behterew (St-Petersbourg), prof. L. Darkchewitch (Kazan), prof. P. Kowalewski (Varsovie), académicien J. Mierzejewski (Saint-Petersbourg), prof. J. Orehanski (Kharkow), prof. N. Popow (Kazan), prof. M. Popow (Tomsk), prof. Ruueberg (Helsingfors), prof. Sëlan (Helsingfors), prof. J. Sikorski (Kiew), prof. V. Tschige (Juriew), prof. Stcherbaek (Varsovie).

Secrétaires : Priv.-Doc. L. Minor (Moscou), Priv.-Doc. W. Serbski (Moscou).

Ce Comité vient d'adresser à leurs confrères des différents pays la circulaire suivante :

Monsieur et très honoré confrère,

Le Comité d'organisation de la section des maladies nerveuses et mentales du XII^e Congrès international de Médecine a l'honneur de vous prier de prendre part aux travaux de notre section. Les séances seront consacrées (selon le § 17 du règlement du XII^e Congrès) à la lecture et la discussion des rapports sur des questions du programme, préalablement fixées, et sur d'autres sujets, choisis par les rapporteurs.

Les questions de programme, au nombre de six, sont les suivantes :

Pour la neuropathologie :

- 1) Pathologie de la cellule nerveuse (anatomie fine et lésions pathologiques).
- 2) Anatomie pathologique et pathogénie de la syringomyélie.
- 3) Pathogénie et traitement du tabes dorsalis.

Pour la psychiatrie :

- 1) Obsessions et idées fixes.
- 2) Pathologie de la paralysie générale des aliénés ; délimitation de cette maladie des formes morbides voisines.
- 3) L'hypnotisme et la suggestion dans leur rapport avec les maladies mentales et la médecine légale.

En outre, la question sur le traitement chirurgical de l'encéphale et de la moelle épinière sera discutée dans une séance réunie de la section chirurgicale avec la nôtre.

Le comité se charge d'assurer pour chaque question de programme un ou deux rapports de caractère général, servant de base aux discussions.

Nous serons très heureux, Monsieur et honoré confrère, si vous voulez bien communiquer dans nos séances les résultats de vos observations et expériences, soit sur les questions du programme, soit sur tout autre sujet du domaine de la psychiatrie ou neuropathologie.

Nous vous prions de bien vouloir nous envoyer le titre de votre communication aussi vite que possible, vu que d'après le § 16 du règlement du XII^e Congrès international de Médecine, toutes les propositions doivent être soumises au comité d'organisation du Congrès pas plus tard que le 13 janvier 1897.

Agréez, Monsieur, l'assurance de nos sentiments les plus distingués.

Les gérants de la section,

A. KOJEWNIKOW, S. KORSAKOW, W. ROTH.

Moscou, le 15 juillet 1896.

Adresse : Russie, Moscou. Clinique des maladies nerveuses.

TRIBUNAUX

Un verdict inattendu. — Sous ce titre, le *Temps* (numéro du 7 août), publie le compte rendu d'une affaire qui vient d'être jugée devant les assises d'Aix. Ce fait, comme on le verra, se passe de commentaires :

« Un verdict bien inattendu vient d'être rendu par le jury des Bouches-du-Rhône.

« La cour d'assises avait à juger un jeune Italien nommé Pautasso, domicilié à Marseille, qui, à la suite d'une discussion de famille, avait tué à coups de couteau sa mère et son frère et blessé grièvement un domestique.

« Le défenseur avait, lors d'une première comparution, réclamé l'examen médical de ce forcené. Les trois médecins commis avaient conclu à l'irresponsabilité pour cause de folie furieuse.

« Dans ces conditions, le ministère public déclara qu'il abandonnait l'accusation et renonça à entendre les témoins. Le président lui-même sollicitait un verdict négatif, en ajoutant que Pautasso allait être enfermé dans un asile d'aliénés. Mais le jury n'en a pas moins proclamé Pautasso coupable sans circonstances atténuantes.

« Une condamnation à mort s'imposait.

« Mais le président, usant du droit que lui confère le Code d'instruction criminelle, a renvoyé l'affaire pour être jugée de nouveau à une prochaine session.

« L'émotion provoquée par cet incident a été naturellement des plus vives. »

FAITS DIVERS

L'irresponsabilité dans le Code abyssin. — Des événements récents nous ont appris que les Abyssins n'étaient pas le peuple de sauvages qu'on croyait et que leur roi Ménélík était une nature d'une rare élévation d'esprit et un caractère chevaleresque.

resque. Le correspondant du *Temps* en Ethiopie nous apprend de son côté (n° du 9 août 1896) que la législation éthiopienne n'a rien de barbare et que le Code Abyssin contient des dispositions dont pourrait s'honorer plus d'un peuple civilisé ; il cite entre autres le passage suivant qui touche l'application de la peine de mort et qui intéresse tout spécialement les aliénistes :

« La peine de mort ne doit point être appliquée à celui qui a agi inconsciemment. Un enfant au-dessous de sept ans ne saurait être condamné à mort. Un homme ayant tué en état d'ivresse ne saurait être considéré comme ayant prémédité le meurtre, non plus qu'un fou, qui n'est point maître de ses actes. Il faut considérer, relativement à l'homme ivre, s'il est coutumier du fait et, dans ce cas, s'informer s'il n'existait pas antérieurement entre sa victime et lui une animosité personnelle, etc., etc. »

Séquestration arbitraire prouvée à l'aide des rayons Röntgen.
— Les journaux politiques allemands et français mènent grand bruit autour d'un fait qui se serait passé récemment en Allemagne et dont ils se servent, à défaut d'autres actualités, pour dauber sur les médecins aliénistes. A cause de sa curiosité, nous le reproduisons tel qu'il est raconté par le correspondant du *Temps* à Berlin (n° du 8 août 1896), à qui nous en laissons toute la responsabilité. Il est à désirer que les médecins de l'asile, mis en cause, puissent publier l'observation clinique du malade en question : ils dissiperaient ainsi les fausses interprétations données à un fait sans doute très simple.

« La découverte du professeur Röntgen vient de démontrer qu'un homme qui pendant plus de quatre ans a passé pour fou et avait été interné dans un établissement d'aliéné est et a toujours été sain d'esprit.

« En 1886, un apprenti confiseur, arrêté à la suite d'une rixe, tenta de se suicider à l'aide d'un revolver. Conduit à l'hôpital de Hambourg, il se remit rapidement, mais eut le tort, contrairement à l'avis des médecins, d'affirmer que la balle du revolver était toujours logée dans son crâne.

« Pendant des années il se plaignit de maux de tête qu'il attribuait toujours à la présence du projectile. Les différents médecins qu'il consulta finirent par conclure à la folie du patient qui fut effectivement interné comme dangereux à la suite de voies de fait contre un infirmier. Chaque fois qu'un inspecteur visitait l'établissement d'aliénés, notre apprenti confiseur le suppliait de lui faire extraire la balle qu'il avait dans la tête, ce qui confirmait le diagnostic des médecins qui l'avaient fait interner. Enfin, au bout de quatre ans, comme le pauvre diable se conduisait bien et ne montrait pas d'autres symptômes de folie que cette idée fixe, on le mit en liberté après lui avoir fait

promettre de ne plus jamais parler de cette balle qu'il prétendait avoir dans le crâne.

« L'apprenti confiseur se rendit à Berlin, où il assista aux expériences populaires de la découverte du professeur Röntgen. Ce fut un trait de lumière pour lui et, le lendemain, il se rendit chez le professeur qui avait fait ces expériences, le suppliant de lui photographier le crâne.

« Le professeur accéda à ce désir, et le développement de l'épreuve photographique révéla que le malheureux, qui avait passé quatre ans dans une maison de fous, avait réellement un projectile dans la tête.

« Cette affaire fait naturellement grand bruit, bien que les journaux attendent de nouveaux détails avant de donner les noms des personnes qui ont joué un rôle dans cette curieuse affaire. »

Suicide d'un centenaire. — On télégraphie de Grenoble (7 août 1896) à l'Agence Havas :

« Un vieillard de cent ans, habitant le village de la Terrasse connu sous le nom de Nazieard, s'est suicidé, hier, en se jetant dans l'Isère.


« Le corps, emporté par le courant, n'a pas été retrouvé.

« On ignore les causes de ce suicide. »

Un déterreur de cercueils d'enfants. — On vient d'arrêter à Ceilhes (Hérault) un jeune homme de vingt-trois ans, nommé Jean-Baptiste Galabrun, qui, sous l'influence d'une monomanie au sujet de laquelle les aliénistes auront à se prononcer, a, dans l'espace de deux ans, déterré plusieurs cercueils d'enfants dont il a fait disparaître les cadavres. (*Le Temps*, n° du mardi 11 août 1896.)

Loi interdisant le mariage aux épileptiques et aux imbéciles. — La *Médecine moderne* (n° du 26 août 1896) rapporte, d'après le *Medico-surgical Bulletin*, que la législature du Connecticut a voté une loi interdisant à tout homme et à toute femme, épileptique, imbécile ou faible d'esprit, de se marier, ou de vivre ensemble comme mari et femme quand la femme est âgée de moins de quarante-cinq ans. La pénalité est un emprisonnement de trois ans au moins. Toute personne qui aidera à cette union sera passible d'une amende de 1000 dollars ou d'un emprisonnement d'un an.

Le Rédacteur en chef-Gérant : ANT. RITTI.



L'ALIÉNATION MENTALE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Chronique

Union des médecins aliénistes français.

Au Congrès de Bordeaux, en 1895, les médecins aliénistes français avaient parlé, beaucoup parlé, de la nécessité de former une Union amicale destinée à imprimer aux Congrès annuels une direction plus en rapport avec le sujet habituel de leurs études, de leurs besoins, de leurs aspirations.

Un timide essai d'Union des aliénistes du Centre s'organisait, quelques mois après, et fonctionnait, étudiant et préparant un projet de statuts, dont les grandes lignes n'étaient autres que celles si bien résumées par notre excellent et digne confrère, le D^r Parant, de Toulouse, dans la chronique de juillet dernier des *Annales médico-psychologiques*.

L'Union devait se faire rapidement entre collègues animés des mêmes sentiments, elle est faite aujourd'hui ; elle a rencontré au Congrès de Nancy de nombreux partisans qui, après la séance d'ouverture, ont siégé et décidé, séance tenante, de confier à une commission de

quatre membres (1) le soin de préparer un projet de statuts à discuter dès le lendemain. Les membres de cette Commission, après avoir pris connaissance de documents divers communiqués par MM. Archambault, Doutrebente, Déricq, Belletrud, Dupain, Rayneau, Petrucci, et pris connaissance des notes préparées à l'avance par le D^r Parant, ont confié à ce dernier le soin de rédiger des statuts et d'en donner lecture à la prochaine réunion.

Après une courte discussion, les statuts étaient adoptés et une première liste de membres adhérents était formée ; elle a recueilli ensuite de nouvelles adhésions, pendant le Congrès, sans préjudice de celles que faisaient parvenir des collègues qui n'avaient [pas pu se rendre à Nancy.

Les médecins aliénistes dont les noms suivent ont donné leur adhésion à l'*Union des médecins aliénistes français* et, ainsi qu'il est dit en l'article IV, § 2, « ont le titre de membres fondateurs » :

MM.

1. Archambault, M. C., asile des aliénés de Tours.
2. Arnaud, M. A., maison de santé, Vanves.
3. Anglade, M. A., asile de Braqueville, Toulouse.
4. Belletrud, M. C., asile des aliénés, Le Mans.
5. A. Carrier, médecin des hôpitaux, Lyon.
6. Déricq, D. M., asile des aliénés, Alençon.
7. Doutrebente, D. M., asile des aliénés, Blois.
8. Dupain, M. A., asile des aliénés, Alençon.
9. Dubuisson, D. M., asile de Braqueville, Toulouse.
10. Fénayrou, M. A., asile d'aliénés, Blois.
11. Giraud, D. M., asile Saint-Yon, Rouen.
12. S. Garnier, D. M., Dôle.

(1) MM. Parant, Vallon, Doutrebente et Rayneau.

MM.

13. Joffroy, professeur, Paris.
14. Lapointe, D. M., asile d'aliénés, Auxerre.
15. Lwoff, M. A., asile d'aliénés, Prémontré.
16. Marie, M. C., colonie familiale, Dun-sur-Auron.
17. Parant, M. D., maison de santé, Toulouse.
18. Petrucci, D. M., asile Saint-Gemmes, Angers.
19. Pichenot, M. C., asile de Montdevergues, Avignon.
20. Pierret, professeur, Lyon.
21. Rayneau, M. C., asile d'aliénés, Orléans.
22. Ritti, M. C., Maison nationale de Charenton-Saint-Maurice.
23. Régis, chargé de cours, Bordeaux.
24. Rebatel, M. D., maison de santé, Lyon.
25. Rouby, M. D., maison de santé, Dôle.
26. Santenoise, M. A., asile aliénés, Dôle.
27. Seeligmann, M. Interne, Maréville, Nancy.
28. R. Semelaigne, M. A., maison de santé, Paris.
29. Taty, chef de clinique, Lyon.
30. Trenel, M. A., asile Saint-Yon, Rouen.
31. Vallon, M. C., asile de Villejuif, Paris.
32. Vernet, M. C., asile de Maréville, Nancy.
33. Voisin (Ang.), M. C., Salpêtrière, Paris.

A ces trente-trois noms se joindront rapidement ceux de nos collègues et amis, heureux de suivre l'élan de la première heure, quand ils sauront que l'Union existe et que les statuts ont été déposés pour recevoir le visa de l'autorité administrative chargée de les approuver.

Les membres fondateurs, avant de se séparer, ont procédé à l'élection des membres du Conseil de l'Union (art. 10 des statuts), pour l'année 1896-1897. Ont été élus :

MM. Doutrebente, *président*.

Giraud, *vice-président*.

MM. Raynean, *secrétaire-trésorier-archiviste.*

Marie, *secrétaire-adjoint.*

Parant, *membre du conseil.*

Ritti, —

Vallon, —

Santenoise, —

Nous rappelons aux membres de l'Union que la cotisation annuelle a été fixée à 2 fr., et que toutes les communications doivent être faites au D^r Raynean, médecin aliéniste, 1, rue Porte-Madeleine, à Orléans.

Dans les chroniques substantielles de novembre 1895 et juillet 1896, le D^r Parant a suffisamment plaidé la cause de l'Union, montré le but à atteindre et énuméré les avantages que notre corporation doit en retirer ; il n'a point manqué de rappeler que, le premier, le D^r Lemoine, dans un rapport remarquable présenté au Congrès international de 1889, avait indiqué la nécessité de l'Union des Médecins aliénistes et formulé, avec l'exposé de nos devoirs, le programme de nos droits et de nos légitimes revendications. Plus n'est besoin d'y revenir et d'insister : ce que nous voulons est simple et facile à dire, c'est *la justice et l'égalité hiérarchique dans le présent et l'assurance d'une retraite honorable pour l'avenir.*

Nous ne nous connaissions pas assez, les Congrès ont fait leur œuvre : grâce à eux, nous nous sommes vus, nous avons échangé des idées, partagé les mêmes sentiments, nous avons formé des liens d'amitié, nous sommes unis, vive l'Union !

D^r DOUTREBENTE.

STATUTS

DE L'UNION DES ALIÉNISTES FRANÇAIS

ART. 1^{er}. — Les aliénistes français forment entre eux une association nommée : *Union des aliénistes français*.

ART. 2. — Cette union a pour but :

1° De prendre en mains les intérêts généraux et particuliers de ses membres, en leur donnant un appui quand ils en auront besoin, et en contribuant aussi activement que possible à améliorer leur situation et à en élever la dignité ;

2° De créer et de maintenir entre les aliénistes des liens de bonne confraternité, de favoriser tout ce qui peut les amener à se bien connaître les uns les autres, et de veiller à ce qu'ils observent les règles essentielles de l'honorabilité professionnelle ;

3° D'étudier la science des maladies mentales et ce qui s'y rattache, mais avant tout le soin et le traitement des aliénés, l'amélioration de leur sort, les progrès dans l'organisation des asiles qui les reçoivent, des lois et règlements qui les régissent.

ART. 3. — L'Union comprend des membres actifs et des membres honoraires.

ART. 4. — Peuvent être membres actifs, les docteurs en médecine français ayant été ou étant chargés du soin des aliénés dans les asiles publics ou privés, ceux qui par leurs fonctions, par leurs travaux scientifiques, par les sociétés savantes auxquelles ils appartiennent, ont acquis des affinités directes avec le service des aliénés ou la science des maladies mentales.

Les associés qui ont donné leur adhésion au moment de la constitution de l'Union ont le titre de membres fondateurs.

ART. 5. — Le titre de membre honoraire peut être donné à quiconque, docteur en médecine ou non, aura rendu des services éminents soit à la science des mala-

dies mentales, soit à l'assistance des aliénés, soit à l'Union elle-même.

ART. 6. — Pour devenir membre actif, il faut être présenté par un membre de l'Union. La demande d'admission contenant les nom, prénoms, qualités et titres que le candidat aura à l'admission, est adressée au conseil, qui décide s'il y a lieu de proposer la candidature à l'assemblée générale. Celle-ci vote, sans débats, l'admission à la majorité absolue des membres présents.

ART. 7. — Tout membre actif de l'Union doit une cotisation annuelle, dont la quotité est fixée chaque année dans l'assemblée générale.

ART. 8. — Celui qui, pendant deux années consécutives, aura négligé ou refusé de payer sa cotisation, sera considéré comme démissionnaire.

ART. 9. — Pourra être exclu de l'Union tout membre qui aurait commis une faute contre l'honorabilité professionnelle ou dont les agissements tendraient à compromettre la bonne harmonie entre les membres de l'Union.

L'exclusion sera proposée par le conseil à une assemblée générale, avec exposé des motifs. Elle ne pourra être prononcée que si elle est votée par les deux tiers au moins des membres présents.

ART. 10. — L'Union est administrée par un conseil qui comprend : un président, un vice-président, un secrétaire-trésorier et quatre autres membres.

ART. 11. — Le président, le vice-président, le secrétaire-trésorier sont élus pour un an. Les quatre autres sont élus pour deux ans, renouvelables annuellement par moitié ; ils ne sont pas immédiatement rééligibles.

Tous entrent en fonctions après la dernière séance de chacune des assemblées générales annuelles et y restent jusqu'à la fin de l'assemblée générale suivante.

Aucun département ne pourra avoir plus de deux membres dans le conseil.

ART. 12. — Les élections se font au cours de l'assem-

blée générale annuelle, à la majorité absolue des voix, au scrutin secret. Les membres de l'Union qui ne peuvent assister au Congrès, peuvent voter par correspondance, sur une liste de présentation qui leur sera envoyée par les soins du conseil.

ART. 13. — Le président dirige les travaux et les assemblées générales de l'Union. Il convoque le conseil toutes les fois que cela est utile. Il représente l'Union en toutes circonstances ; à son défaut, il est suppléé par le vice-président, ou à défaut de celui-ci par un membre du conseil, qu'il aurait désigné.

ART. 14. — Le secrétaire-trésorier perçoit les cotisations, paie les dépenses faites pour le compte de l'Union, garde les archives et la caisse. Toute correspondance se fait par son intermédiaire.

Chaque année il présente un état de caisse, et les comptes de gestion sont vérifiés par deux membres désignés par le président.

ART. 15. — L'assemblée générale annuelle concorde avec le Congrès annuel des aliénistes et des neurologistes. Les membres de l'Union s'engagent à adhérer à chacun de ces congrès et à y assister le plus assidûment possible.

ART. 16. — En cas de dissolution de l'Union, les sommes qu'elle pourrait avoir en caisse seront versées à l'Association de Prévoyance et de secours mutuel des médecins aliénistes.

ART. 17. — Toute discussion politique ou religieuse est formellement interdite pendant les réunions de l'Association.

ART. 18. — Le siège social a été fixé à Orléans, au domicile du secrétaire-trésorier, rue Porte-Madeleine, n° 1.

Pour copie conforme :

Le Président du Conseil de l'Union,
DOUTREBENTE.

Pathologie

L'ALIÉNATION MENTALE

CHEZ LES ARABES

ÉTUDES DE NOSOLOGIE COMPARÉE

Par le Dr MEILHON

Ancien médecin-adjoint de l'asile public d'aliénés d'Aix,
Médecin préposé responsable de l'asile d'aliénés de Montauban.

Suite et fin (1)

Paralysie générale progressive.

Parmi nos quatre-vingt-trois indigènes présents au 31 décembre 1889 nous ne trouvons aucun paralytique général, mais il n'en faut pas conclure que cette affection soit inconnue chez les Arabes ; elle y est seulement bien plus rare que dans nos pays. A Constantinople, sur vingt-trois musulmans, Moreau (de Tours) (*loc. cit.*) n'a trouvé aucun paralytique ; Kocher dans sa statistique compte douze cas de paralysie générale sur trois cent douze aliénés indigènes dans une période de seize ans, les femmes restant indemnes. Nous avons déjà publié, dans les *Annales médico-psychologiques* (t. XIII, n° 3), le résultat de nos recherches, mais nous croyons devoir reproduire ici quelques lignes de notre mémoire. « Il ressort de notre statistique qu'il est entré à l'Asile pen-

(1) Voir les *Annales* de janvier-février, mars-avril, mai-juin, juillet-août et septembre-octobre 1896.

dant cette période (de 1860 à 1889) 498 Arabes, et que sur ce nombre treize seulement, dont 2 femmes, paraissent pouvoir être considérés comme ayant été atteints de paralysie générale, soit une proportion de 2,61 p. 100 sur la totalité des entrées. D'où cette première conclusion, que la paralysie générale est très rare chez les Arabes, ce qui tient peut-être à l'idiosyncrasie de la race, peut-être aussi à leur civilisation basée sur des institutions séculaires, à leur existence exempte d'ambition, à leur tempérament essentiellement fataliste, et à l'observation scrupuleuse d'une religion fatigante, mais dans laquelle on retrouve des préceptes d'hygiène éminemment pratiques, et en particulier la prohibition des boissons alcooliques. — Il faut reconnaître cependant que cette proportion de 2,61 p. 100 ne donne pas une idée exacte de la réalité, car si nous faisons le tableau par année des admissions pour cause de paralysie générale, nous voyons que de 1860 à 1876, c'est-à-dire en dix-sept ans, il rentre à l'asile deux cent quarante-cinq Arabes, dont pas un seul paralytique général, tandis qu'à partir de l'année 1877, c'est-à-dire dans la période la plus récente, le chiffre des entrées s'élève à deux cent cinquante-trois, parmi lesquels se trouvent compris nos treize malades. La proportion doit donc être ramenée à 5,13 p. 100. — Sur cette nouvelle base, elle est encore excessivement faible et laisse presque intacte notre proposition précédente établissant la rareté de la paralysie générale chez les Arabes.... Sur ces treize paralytiques généraux, cinq fois la cause de la maladie nous échappe, deux fois l'hérédité est signalée sans en spécifier la nature, et six fois nous retrouvons des antécédents alcooliques.... Ce n'est pas à dire cependant que l'alcoolisme nous donne la raison dernière de la genèse de cette encéphalopathie chez nos Arabes ; on peut voir à Alger, à Constantine et dans les grands

centres de l'Algérie des Arabes installés dans les cafés, mangeant des fruits, fumant du kiff et buvant de l'absinthe ; or parmi ces indigènes intoxiqués, un petit nombre seulement, notre statistique le démontre, tombe dans la paralysie générale.

« Quel est donc l'élément qui produit cette sélection ? Nous allons le trouver dans le relevé des professions de nos malades, » et nous faisons jouer le principal rôle aux fatigues cérébrales et à la lutte pour l'existence rendue de plus en plus pénible par les progrès mêmes de la civilisation.

« L'alcoolisme n'a peut-être pas été étranger à l'écllosion de la maladie ; mais il ne saurait avoir joué qu'un rôle tout à fait secondaire, si nous en jugeons par le nombre assez considérable d'Arabes intoxiqués actuellement présents à l'Asile et dont aucun n'offre les symptômes de la paralysie générale. »

Le mémoire se termine par les conclusions suivantes : 1° La paralysie générale est rare chez les Arabes et elle revêt surtout la forme maniaque ; 2° elle ne paraît pas antérieure à l'année 1877 ; 3° la qualité de ceux qui en sont atteints est une nouvelle preuve que la paralysie générale est surtout une maladie de la civilisation. »

Il est un point cependant que nous avons laissé dans l'ombre et sur lequel nous croyons devoir nous arrêter un instant ; nous voulons parler de la syphilis dans ses rapports avec la paralysie générale ; or il y a un antagonisme flagrant entre l'opinion de M. le médecin principal Mathias, rapportée au commencement de ce travail, et les résultats de notre tableau statistique des entrées. Au commencement de la conquête, dit le D^r Mathias, et jusqu'en 1869, nombreuses étaient les manifestations syphilitiques observées par les Arabes, tandis que de nos jours la syphilis héréditaire tend à disparaître chez l'indigène et que la syphilis acquise n'est

pas plus fréquente que chez nous. Or que voyons-nous par notre tableau? Que c'est en 1877 qu'est porté le premier diagnostic à l'asile d'Aix, et qu'à partir de 1880, avec les seuls indigènes de la province d'Alger, les cas de paralysie générale se représentent, bien qu'en petit nombre, presque tous les ans.

En somme, la statistique nous fait assister à l'éclosion première de la paralysie générale et à son retour annuel dans cette même période où le D^r Mathias constate la diminution progressive des cas de syphilis chez les Arabes, si bien que la périencéphalite paraîtrait suivre chez les indigènes une marche absolument inverse du chemin parconru par la syphilis.

Il y a là un paradoxe difficile à concilier avec les tendances actuelles des neuropathologistes. Nous avouons du reste que nous ne saurions accepter dans toute sa rigueur l'opinion de notre excellent ami le D^r Mathias; sans doute les manifestations cutanées de la syphilis deviennent rares chez l'Arabe; mais s'ensuit-il que la vérole y soit moins fréquente qu'autrefois, et n'est-ce pas plutôt, selon le D^r Régis, un effet de la dissémination sous forme de syphilis conceptionnelle peu propice à l'apparition des phénomènes extérieurs de l'infection? Cette hypothèse nous semble plus conforme à la saine interprétation des faits; elle choque moins les idées reçues; elle est aussi beaucoup plus scientifique et bien de nature à nous garder de toute conclusion intempestive.

Il faut donc admettre comme un fait d'observation que la syphilis, sous quelque forme qu'elle se manifeste, est en définitive très commune chez l'Arabe; mais il n'en reste pas moins établi que la paralysie générale y est très rare, et que, dans la genèse de la périencéphalite, il faut surtout incriminer les progrès de la civilisation.

A ce propos nous reviennent en mémoire les expériences du D^r Mendel (1), et elles nous semblent péremptoires. Mendel a provoqué expérimentalement la paralysie générale chez des chiens; il fixe un chien à une table tournant sur un axe central; la tête de l'animal est à la périphérie, les pieds au centre; tous les jours, mais pendant quelques minutes seulement, il imprime à la table des mouvements rapides de rotation, et, après un certain nombre de séances, il arrive ainsi à déterminer chez l'animal tous les symptômes de la périencéphalite; à l'autopsie, les lésions étaient également caractéristiques. Rien de semblable n'est survenu quand la tête a été placée au centre de la table et les pieds à la périphérie. Par analogie, on peut dire que chez l'homme la syphilis n'est pas une condition *sine quâ non* du développement de la paralysie générale; qu'elle altère les vaisseaux cérébraux, au même titre que la rotation forcée et souvent répétée de la tête de l'animal en expérience, cela n'est pas douteux; mais l'alcool aura sur eux la même influence nocive, et cependant tous les syphilitiques; tous les alcooliques, ne deviennent pas paralytiques généraux; un élément fait encore défaut pour fixer la périencéphalite, et cet élément nous le trouvons dans les congestions répétées, dans l'hyperémie des centres nerveux, inséparables du surmenage intellectuel; il faut chez l'animal que la tête soit placée à la périphérie de la table et se congestionne; il faut chez l'homme que le cerveau tourbillonne dans une sorte de vie inquiète et agitée qui l'énerve et le fatigue; il faut en un mot que l'individu soit non seulement un syphilitique ou un alcoolique, ce qui est banal, mais, ce qui est rare chez l'Arabe, un syphilitique, un alcoolique cérébral.

(1) *Centralblatt für Nervenheilkunde*, août 1885.

A ce titre nous nous rangeons pleinement à l'opinion défendue avec autant d'ardeur que de talent par notre ami le Dr Régis.

Imbécillité. Idiotie.

Si, chez les musulmans d'Algérie, les fous sont vénéralisés à l'égal du Prophète lui-même, que n'en doit-il pas être pour les imbeciles et les idiots qui représentent le summum de la dégradation intellectuelle? Aussi ne trouvons-nous dans notre population de malades que quatre indigènes de cette catégorie: c'est à peine si, en trente ans, il en est rentré vingt-quatre à l'Asile.

L'imbecile dont nous résumons ici l'observation nous paraît, bien que les renseignements soient muets à cet égard, avoir présenté au moment de son arrestation des accidents kiffigues; il serait cependant difficile de l'affirmer en raison même de la sobriété habituelle de ces malades.

OBS. LXX. — Moh... ben Al..., Kabyle, sans profession, né à Sidi-Manoum (Kabylie), entré, à vingt-huit ans, en janvier 1886. Amené à Dellys, errant dans les douars en vagabondant, embrassant les femmes, filles et jeunes garçons sur son passage, souvent à l'état de nudité. A l'hôpital de Mustapha se montre agité, halluciné, violent, surnois, a des insomnies, mange gloutonnement, fait ses besoins où il se trouve sans se déranger, déchire ses vêtements pour s'en débarrasser, et parfois a des crises aiguës de fureur. A l'Asile, nous avons affaire à un imbecile avec dégénérescence physique, déformation de la face, asymétrie du crâne, instincts pervers, impulsions; il ne manifeste presque aucun signe d'intelligence; répond qu'il a dix ans, parle seul, crie, déchire, se déshabille; dans ses accès très fréquents d'exacerbation maniaque, il se bat avec tout le monde, sans aucune espèce de provocation et par simple réflexe. Il n'a aucune pudeur, se livre en public à la masturbation et a des tendances à la sodomie.

Nous ne nous arrêterons pas longuement sur les trois

idiots du service ; l'hérédité est signalée pour deux d'entre eux, et leur trait commun est de ne pouvoir supporter aucun vêtement et de passer leurs journées dans un état de complète nudité. Tous trois sont des Arabes, et cette circonstance, rapprochée de ce que nous avons dit des formes dégénératives d'aliénation, tendrait à faire croire que les Kabyles résistent plus que leurs voisins aux causes de dégénérescence, ou plutôt savent mieux que les Arabes éviter les écueils capables de transmettre à leur descendance des tares psychopathiques.

OBS. LXXI. — H... ben Ich..., Arabe, né à Milianah (Alger), domicilié à Beniet el Had, entré à vingt-six ans, en novembre 1887.

Renseignements : Hérité probable; trouvé en état de vagabondage; craintes continuelles, se cache, a peur de tout, déchire, dégrade les murs, gâte, joue avec ses excréments, ne parle pas, mais crie surtout la nuit. Docile, santé médiocre, développement incomplet, malformations. A l'asile, nous n'avons pas de peine à nous convaincre qu'il s'agit d'un idiot crétin; il a tout au plus le développement physique d'un enfant de quinze ans de petite taille; pas de goitre, mais tête relativement volumineuse, asymétrique, teint terreux, strabisme convergent, organes génitaux peu développés, membres rachitiques; il marche difficilement en écartant les jambes et se tient le plus souvent accroupi et à l'état de nudité absolue; il pousse des vagissements et n'a pas de vocabulaire; sa vie est toute végétative et il ne connaît que le surveillant qui lui donne à manger; il déchire, mord ses vêtements, et rien ne le calme comme un morceau de pain qu'il mange avec voracité. Il est tellement dégradé qu'il n'a pas trace d'instinct sexuel. Arrivé avec une teigne rebelle, il s'est amélioré par le traitement à ce point de vue.

OBS. LXXII. — Elh... ben M'a..., Arabe, sans profession, né aux Ouled-Hamou (Alger) des Chenefas Guebalas, entré à dix-neuf ans en juillet 1882. C'est un idiot; il aurait eu une tante morte aliénée; il accusait, au début, de la stupeur, de la gloutonnerie, du gâtisme. A l'Asile, nous constatons de la dégénérescence physique: asymétrie faciale; pavillons des oreilles

déjetés en dehors. Sa vie est purement végétative ; il reste en place dans le plus profond mutisme et la plus complète indifférence, ne fait aucun effort d'attention quand on lui parle, mange avec malpropreté et gloutonnerie, se déshabille, gâte ; il n'a pas de mauvais instincts.

OBS. LXXIII. — Moh... ben L..., Arabe, entré à vingt-deux ans, en août 1883. Idiot, dégénéré au physique ; il ne peut supporter aucun vêtement, et dans l'impossibilité où l'on se trouve de le maintenir perpétuellement camisolé ou en cellule, on doit tolérer qu'il reste à l'état de complète nudité pendant la plus grande partie de la journée. Il est très impulsif ; mais il est une impulsion qui lui est toute spéciale, celle de casser les vitres ; on ne compte plus celles qu'il a brisées ; s'il n'a pas les mains libres, il donne contre elles de la tête. Il est dans un état d'agitation continue, rit à tout propos et répond *makach* à toutes les questions ; il n'a pas de mauvais instincts.

Épilepsie.

Si, comme nous croyons l'avoir démontré, les impulsions sont un des caractères dominants de la folie des indigènes, que n'en doit-il pas être pour l'épilepsie ? Ici c'est encore la forme maniaque qui prédomine, si même elle ne lui est pas exclusive.

OBS. LXXIV. — Moh... ben Am...n...ou Ch..., Kabyle, journalier, célibataire, né aux Beni-Raten (Alger), entré à vingt-deux ans, en 1887. Il vagabondait depuis trois ans en état de démence lorsqu'il entra à l'hôpital de Mustapha où on signale, avec une syphilis héréditaire, de la stupidité, de l'incohérence des actes et du langage, de la gloutonnerie, une malpropreté repoussante. A l'asile, on remarque qu'il a des attaques nocturnes à raison de quatre ou cinq par mois ; c'est, en effet, un épileptique avec réactions maniaques consécutives aux attaques ; habituellement déprimé, triste, hébété, prenant des airs plaintifs, il devient, après ses crises, batailleur, criard, querelleur, réclameur, méchant, et il mord ses voisins. Il est possible de saisir parmi ses incohérences que l'Asile lui appartient. Il n'est pas gâteux et n'a pas de mauvais instincts. Nous ne trouvons pas de trace de sa syphilis héréditaire ; nous lui avons néanmoins donné de l'iodure, mais sans résultat.

Le malade de l'observation LXXV peut être rangé au nombre des épileptiques procursifs, avec cette particularité que la procursio est consécutive à l'attaque et dure parfois des heures entières.

Obs. LXXV. — Ah... bel K..., Kabyle, journalier, né à Flissat el-Bahar, entré à vingt ans, en septembre 1880. Arrêté en état de vagabondage, il fut envoyé à l'hôpital de Mustapha où l'on observe de l'épilepsie avec gâtisme. Il a cinq ou six attaques par mois; procursif après ses crises, il court à toutes jambes parfois pendant des heures entières, et se montre dangereux pour quiconque cherche à l'arrêter. Il est dans l'inconscience la plus complète, rit d'une façon niaise, paraît content de lui, et répond dans un langage incompréhensible; habituellement débraillé, il se déshabille dans ses périodes d'agitation; il n'est pas méchant, mais il ne manque aucune occasion d'assouvir ses instincts de sodomie.

L'observation LXXVI a trait à une épileptique avec débilité mentale; à noter dans le cas actuel deux tentatives de suicide volontaire, accident rare chez les épileptiques qui se suicident d'une façon inconsciente et par pure impulsion, mais n'attendent volontairement à leurs jours que d'une façon très exceptionnelle, alors cependant qu'ils semblent avoir tant de raisons pour en finir avec leur misérable existence.

Obs. LXXVI. — Sa... ben La..., Arabe, cultivateur, né aux Oued-Allan (Alger-Boghar), entré à dix-neuf ans en juillet 1888. A été séquestré après avoir présenté des impulsions homicides consécutives à des crises d'épilepsie et avoir tenté par deux fois de se couper la gorge, comme en témoignent les deux cicatrices transversales qu'il porte à la partie antérieure du cou. Il est triste, déprimé, hébété; doux et tranquille dans l'intervalle des crises, il devient extrêmement dangereux dans la période qui précède les attaques et parfois dans le moment qui les suit; il frappe alors avec violence quiconque passe à ses côtés, et, s'il ne peut atteindre personne, il se frappe lui-même. Il a environ dix à douze crises par mois et il raconte qu'il en est ainsi depuis sa première jeunesse; après avoir prétendu, pour expliquer ses cicatrices du cou, qu'il était tombé accidentellement

sur un couteau, il nous a avoué que, poussé par le désespoir, il avait, à deux reprises, cherché à se couper la gorge. Il a de la débilité mentale; pas de mauvais instincts.

Dans l'observation LXXVII nous trouvons une épileptique débile avec un fond très marqué d'hystérie.

OBS. LXXVII. — El Am... bent A..., Arabe, sans profession, née à Médéah, entrée à vingt-deux ans, en décembre 1884. Elle vient de Beni-Nessous; tatouée au front, aux avant-bras et à la face externe des jambes. C'est une épileptique ayant deux attaques par mois environ; ses facultés sont dans un état de débilité très accentuée; elle est très incohérente, cherche à se rendre intéressante, à attirer sur elle toute notre attention, se plaint à tout propos de maux imaginaires, et parfois se montre gâteuse. Après ses attaques, elle a des tendances à la violence, se déchire et menace ses compagnes. Parfois même, elle passe des journées entières sous l'influence d'accès de colère qui la poussent à pleurer de rage et à pousser des cris.

L'épilepsie et l'imbécillité coexistent souvent chez le même individu, soit que la première exerce dans le jeune âge une influence funeste sur le développement intellectuel du sujet, soit qu'une même lésion détermine à la fois les deux infirmités. Nous en trouvons cinq cas parmi nos malades.

OBS. LXXVIII. — Zoh... bent bel Kh..., Arabe, célibataire, sans profession, née à Blidah (Alger), entrée à vingt-cinq ans en mai 1881. A l'hôpital de Mustapha, elle présente des idées incohérentes, des divagations, de la gaité sans cause suivie d'accès de tristesse et parfois de fureur, des idées enfantines, et on l'évacue sur l'Asile. Des crises d'épilepsie se manifestent dès son arrivée; elle en a de trente à quarante par mois, presque toutes dans le jour, et par périodes; c'est ainsi qu'elle en a plusieurs dans un même jour et qu'elle passe ensuite une semaine sans en présenter de nouvelles; les réactions qui les suivent sont extrêmement violentes: elle crie, déchire, a des accès de fureur incoercible et tuerait le personnel si elle n'était mise dans l'impossibilité de nuire. Dans l'intervalle des périodes

d'attaques, e'est une imbécile, gâteuse, répondant d'une façon traînante, et sur un ton enfantin ; on la surprenait autrefois se livrant à la masturbation.

L'observation LXXIX s'applique à un malade extrêmement dangereux en dehors même des crises de fureur qu'il présente après ses attaques.

OBS. LXXIX. — L... ben L..., Arabe, journalier, célibataire, né à Oulad-Barka (Alger), entré à dix-huit ans, en juin 1878. Il vient de l'hôpital d'Aumale avec le diagnostic d'idiot épileptique ; il a deux ou trois crises par mois, après lesquelles entre dans des accès de fureur qui en font un sujet de terreur pour son entourage, mord, frappe sans provocation et devient incoercible ; on ne compte plus les coups donnés par lui aux surveillants. Même dans l'intervalle des crises, il est naturellement méchant et agressif, batailleur, toujours prêt à frapper quiconque passe à ses côtés ; il entre sans motif dans des rages instinctives, trépigne du pied sur place, est absolument indocile, refuse de se soumettre à toute discipline ; il est surtout difficile d'obtenir de lui qu'il échange de linge ; il oppose à toute mesure de propreté la résistance la plus acharnée. Urine au lit habituellement, a du bégaiement plus prononcé au moment des attaques ; incohérent, croit posséder d'immenses troupeaux de bœufs, de moutons, beaucoup de domestiques. Ni masturbateur, ni pédéraste.

Le malade de l'observation LXXX donna le change aux médecins qui le visitèrent avant nous et fut faussement considéré comme un paralytique général ; nous avons pu nous convaincre qu'il n'en était rien ; il n'y avait pas davantage coexistence des deux maladies, ce qui eût fait de notre Arabe une rareté pathologique.

OBS. LXXX. — Mi... ben Ha..., Arabe, journalier, entré à quarante-cinq ans, en septembre 1884 ; il venait de passer deux mois à l'hôpital de Mustapha où il avait été amené par la police à la suite d'actes impudiques et de malpropreté inconscients ; il y manifesta de l'agitation, de l'incohérence des actes et des idées, des troubles de la parole, du gâtisme et fut évacué sur l'asile sous le diagnostic de délire maniaque, ou début de

paralysie générale. A l'Asile, l'affaiblissement intellectuel, l'incohérence, l'embarras de la parole, la faiblesse des membres inférieurs, le gâtisme, s'accompagnent dans la quinzaine de plusieurs lypothymies et de cinq crises épileptiformes (?), et on émet comme probable la paralysie générale. Les notes restent telles jusqu'en 1887; nous observons le malade à cette date et nous n'avons pas de peine à nous convaincre que la paralysie générale n'est pour rien dans ce complexe symptomatique, et qu'en définitive nous avons affaire à de l'épilepsie franche avec imbecillité. Le malade a environ sept ou huit attaques par mois avec réactions maniaques consécutives et impulsions dangereuses qui le portent à mordre et frapper ses voisins; il s'entoure de ficelles et de chiffons, porte trois chapeaux superposés. collectionne, ne comprend pas ce qu'on lui demande et répond d'une façon presque incompréhensible pour l'interprète; l'hésitation de la parole n'est chez lui qu'un symptôme de dégénérescence; il n'a pas d'inégalité pupillaire, pas de tremblement de la langue ni des extrémités, pas d'idées de grandeur ou de richesses, rien en somme qui permette d'affirmer la paralysie générale.

L'observation LXXXI concerne un malade chez lequel le bromure a diminué beaucoup le nombre des attaques, mais sans avoir une influence aussi heureuse sur l'état mental.

Obs. LXXXI. — Moh., ben Al... Am..., Kabyle, berger, né aux Beni-Doua (Alger), domicilié à Menerville, entré à vingt ans en août 1886. A l'hôpital de Mustapha, il accuse des idées d'incendie, de l'hébétude, du gâtisme, de l'inconscience du temps et des lieux, et on signale qu'il aurait eu des crises épileptiformes. A l'Asile, nous constatons que c'est manifestement un imbécile épileptique; au début, ses attaques étaient très fréquentes, quelquefois vingt par mois, avec agitation et impulsions consécutives; sous l'influence du bromure, elles tombent à trois par mois en moyenne. C'est un imbécile; il ne comprend pas ce qu'on lui demande, n'a pas de vocabulaire, se promène seul, ne sait pas s'habiller, gâte parfois; sa vie est toute végétative; il n'est plus ni méchant, ni impulsif et n'a pas de mauvais instincts.

L'observation LXXXII témoigne de l'influence dé-

plorable exercée sur les attaques par l'apparition d'habitudes de masturbation.

Obs. LXXXII. — Ali Ak..., Kabyle, domicilié à Alger entré à dix ans, en mai 1887.

Renseignements : hérédité probable; arrêté en état de vagabondage par la police; amené à l'hôpital nu, souffrant du froid et de la faim; difficulté de la parole, agitation, rires sans motif, déchire ses vêtements et se promène à l'état de nudité; fait ses besoins naturels où il se trouve, dans ses vêtements, le plus souvent sans même s'accroupir; docile. A l'asile, nous diagnostiquons l'imbécillité avec dégénérescence; asymétrie du crâne, mouvements désordonnés et automatiques avec gâtisme. En novembre 1887, nous notons un vertige épileptique caractérisé par la perte de la connaissance, la chute, la flexion du pouce dans la paume de la main, la congestion de la face, mais sans mouvements convulsifs; durée quelques minutes et oubli au réveil de ce qui s'est passé. En décembre suivant, survient une crise d'épilepsie franche, et les attaques se montrent une fois par mois. En 1888, elles se renouvellent tous les quinze jours et, en 1889, toutes les semaines; il semble que les attaques deviennent plus fréquentes à mesure qu'il avance en âge, et cela, nous en avons acquis la certitude, parce que notre jeune malade a pris des habitudes d'onanisme; néanmoins ses facultés, quoique rudimentaires, tendent à se développer; il ne déchire plus, n'est plus gâteux, prononce quelques mots de français malgré sa difficulté de parole, et il paraît susceptible d'un peu d'éducation; il n'en continue pas moins à sauter, rire, pousser des cris.

Quant à l'observation LXXXIII, elle s'applique à un idiot épileptique, et elle termine la série des malades que nous avons à présenter.

Obs. LXXXIII. — Ah... ben B..., Kabyle, né aux Ouled Sidi Yahia (Constantine), entré à quinze ans en 1874. Nous n'avons sur lui aucun renseignement, c'est un idiot, dégénéré au physique, ayant environ une attaque d'épilepsie par mois; il bredouille à voix basse des sons incompréhensibles, fait des gestes et balance son corps d'avant en arrière, il collectionne, s'agite par intervalles et est très débraillé dans sa tenue; il est un malade dans le quartier, un seul, auquel il en veut tout spé-

cialement et qu'il frappe souvent à coups de pierres, mais il n'inquiète par ses autres camarades. Ni gâtisme, ni mauvais instincts.

CONSÉQUENCES PRATIQUES ET THÉRAPEUTIQUES.

Nous avons exposé dans ce travail toute la psychiatrie de l'indigène de l'Algérie. Il serait temps de rechercher quels efforts ont été tentés pour donner à l'Arabe aliéné les soins médicaux auxquels il a droit ; ici, nous ne trouvons, il faut bien le dire, qu'erreurs et inconséquences. Partant de ce principe que l'aliénation mentale n'a pas de patrie, on a assimilé la folie des Arabes à la folie des Européens, et on a pu croire qu'elle était justiciable des mêmes méthodes de traitement ; aussi, dès l'année 1860, n'a-t-on pas hésité à diriger sur l'Asile d'Aix, les malades des trois provinces, aussi bien les indigènes que les Européens.

On ne saurait méconnaître qu'il y avait dans cette mesure une marque de bienveillante sollicitude à l'égard de ces malheureux malades ; les frais de transfèrement, le prix de journées relativement élevé, les frais de rapatriement ont même rendu très onéreuse l'assistance des aliénés de notre colonie. Si l'on fait le décompte de ce que coûte au département d'Alger un malade curable transféré sur l'asile d'Aix et rapatrié après guérison, nul doute que les frais de séjour ne dépassent de beaucoup le prix de journée des malades de la Seine.

Et cependant tous ces sacrifices sont allés à l'encontre du but qu'on se proposait ; loin d'être utile aux malades, on n'a fait trop souvent qu'aggraver leur situation ; les rapports des Inspecteurs généraux, la statistique de mortalité, la lecture de notre tableau sont là pour le prouver. Et comment pourrait-il en être autrement ! L'aliéné arabe, après quelques jours passés

dans les plus mauvaises cellules de l'hôpital de Mustapha, est soumis à une traversée que les moyens de contention employés rendent particulièrement pénible et douloureuse; après quelques heures de repos à l'asile de Marseille, il arrive par un service de voitures à l'asile d'Aix; ainsi ballotté par monts et par vaux, par terre et par mer, il va, semble-t-il, trouver à l'asile d'Aix un repos bien gagné; il n'en est rien cependant. Dès l'arrivée, une première vexation lui est réservée, la plus pénible de toutes, celle contre laquelle il ne manque jamais de se révolter: il sera contraint de se dépoiler de son costume national pour endosser la livrée réglementaire à l'européenne. S'il n'est encore que dément, il en deviendra gâteux; s'il s'agit d'un agité, il aura vite réduit en loques ce costume qui le gêne dans ses mouvements, et, si notre malade a conservé quelques lueurs d'intelligence, ce seront pendant plusieurs jours des récriminations incessantes et des supplications répétées pour revenir au burnous national; trop heureux encore lorsqu'il pourra se faire comprendre de l'interprète improvisé dont le délire laisse une porte ouverte à des traductions fantaisistes et contradictoires.

Tel est l'état d'esprit de notre indigène à son entrée à l'asile; cela peut s'appeler de la révulsion intellectuelle, une manière de traitement moral de Leuret, et ce système thérapeutique est désormais banni de nos asiles.

Mais ce n'est pas tout, et d'autres mécomptes attendent notre malade au seuil de l'établissement: c'est ainsi qu'il attendra plusieurs jours avant de s'habituer à la nourriture qu'on lui présente; ici plus de couscous, plus de café, mais immédiatement et sans transition la soupe et l'invariable ragoût. Pas un vestige de sa religion, pas une apparence de mosquée; autour de lui des figures, un langage qu'il ne connaît pas; pas un gardien arabe pour interprète; s'il a quelques idées à exprimer,

à qui les confier; à qui s'adresser s'il a quelque réclamation à faire? De visites de parents, d'amis, de coreligionnaires, il ne saurait en être question à des milliers de lieues de sa tribu, et, pour ce qui est des correspondances, c'est à peine si quelques Kabyles sédentaires pourront entrer en relations avec leur femme et leurs enfants. Si encore le médecin de l'Asile pouvait gagner sa confiance et lui apporter quelque parole de consolation; mais là encore il se heurte à la différence des langues, et, incompris, isolé, il s'abandonne sans mesure à ses divagations délirantes, et entre de plain pied dans la chronicité.

Dès lors agissent sur lui toutes les influences débilitantes contre lesquelles son organisme, affaibli déjà par la maladie mentale, sera bientôt incapable de réagir; et, pour ne parler que du climat, il est certain qu'il fait parmi nos Arabes de nombreuses victimes. Il suffit de considérer le tableau que nous avons donné des causes de mortalité pour juger des ravages que la phthisie fait parmi ces malades; encore, bien des cas de tuberculose ont-ils dû passer inaperçus; cette constatation, quelque pénible qu'elle soit, vaut bien qu'on s'y arrête; elle est la condamnation la plus sévère du système d'hospitalisation des aliénés de l'Algérie.

Justement préoccupée de cette question, l'administration du département d'Alger mit à l'étude, il y a quelques années, un projet de création d'un asile d'aliénés aux environs d'Alger, dans la plaine de la Bouzaréah; cette pensée est toute à l'honneur des représentants de la Province. On avait compris qu'il y avait, et pour le budget départemental et pour le bien-être des malades, le plus grand intérêt à dénoncer les traités passés avec les Asiles de la métropole, et à installer de toutes pièces, sous le ciel de notre colonie, un asile d'aliénés en harmonie avec les mœurs de ses habitants. L'éco-

nomie de ce projet est en effet tellement évidente qu'il est inutile de nous y arrêter après les considérations dans lesquelles nous sommes entré. Abstraction faite des Arabes qui se trouvent si mal de leur éloignement de la colonie, les Européens implantés là-bas n'ont-ils pas eux-mêmes quelques droits à y être hospitalisés ? Que de tentatives de sortie pourraient être faites, que de malades simplement améliorés pourraient être rendus à la liberté, si les familles étaient sur les lieux, pour les réclamer et donner au médecin une garantie morale contre les causes de rechute qui attendent le malade à la sortie de l'établissement ! En somme à tous égards la création d'un asile s'imposait à la sollicitude de l'Administration.

Des projets furent élaborés, des plans furent dressés par un architecte, une commission spéciale de médecins donna son avis, et on se mit à l'œuvre après approbation de l'autorité supérieure ; un premier Inspecteur général, envoyé quelque temps après sur les lieux fit quelques critiques et, sur ses observations, les constructions furent élevées d'un étage ; trois pavillons étaient déjà complètement édifiés lorsqu'un second Inspecteur général du service des aliénés déclara que de semblables constructions n'étaient pas en harmonie avec le but qu'on se proposait et ne pouvaient servir à hospitaliser des aliénés.

Le Conseil général s'émut à juste titre et fit nommer un médecin spécialiste pour éclairer de ses conseils l'architecte chargé des travaux. Que se passa-t-il alors ? Il ne nous appartient pas de l'apprécier : toujours est-il que l'intervention du nouveau directeur de l'asile, loin de servir à l'achèvement des bâtiments, ne fit que compliquer encore la situation. On vit alors qu'on avait fait fausse route, qu'on courait à des dépenses exagérées, et que les crédits déjà insuffisants allaient dépasser les

limites permises ; dès lors les travaux furent interrompus, et bientôt après les constructions existantes étaient désaffectées de leur destination première ; c'en était fait de l'asile d'Alger.

L'abandon de ce projet est des plus regrettables. Parce que l'entreprise a été mal engagée, nos malheureux Arabes continuent à être dirigés vers la métropole où les conditions de climat, d'installation, de traitement, sont si préjudiciables au rétablissement de leur santé physique et mentale. C'est avec le désir de leur être utile et le sentiment d'accomplir une œuvre humanitaire que nous appelons de nouveau l'attention sur ce chapitre de l'assistance des Arabes ; d'autres ont obtenu pour eux des avantages matériels, moraux, et intellectuels considérables ; notre but, pour être plus modeste, répond néanmoins à une impérieuse nécessité. Il s'agit d'arracher au naufrage définitif de la raison, et quelquefois à la mort, nos aliénés arabes, en apportant dans les conditions matérielles de leur hospitalisation tous les desiderata imposés par leur genre de vie et leurs habitudes ; la science des maladies mentales y gagnera un champ d'observation des plus fertiles et des moins explorés ; le budget de l'Algérie, si les travaux sont dirigés par un médecin éclairé, bénéficiera d'économies réelles sur les frais de l'assistance, et le bon renom de la France parmi les indigènes les attachera davantage à la Mère-Patrie.

CONCLUSIONS.

1. L'aliénation mentale est très rare chez l'Arabe ; la proportion des aliénés est chez les musulmans de la province d'Alger cent trente-quatre fois moins considérable qu'en France.

2. Le climat n'a qu'une importance négligeable sur cette immunité.

3. Elle est surtout un effet de la civilisation.

4. La religion du Koran est elle-même une cause prophylactique très importante.

5. Le Kabyle est moins souvent atteint de folie que l'Arabe ; plus que lui, du reste, il résiste aux causes de dégénérescence.

6. L'aliénation est encore plus rare chez la femme et principalement chez la femme kabyle.

7. L'hérédité doit avoir une influence prépondérante sur l'éclosion de la folie chez les Arabes.

8. La syphilis, sous forme de syphilis conceptionnelle, doit être également incriminée.

9. Quant à l'alcool et au kiff, le quart de nos malades sont des intoxiqués.

10. Le trait dominant de la folie des Arabes est leur tendance à la violence ; les perversions génésiques sont aussi très fréquentes.

11. Le suicide est une exception chez l'indigène.

12. Les idées délirantes les plus communes sont les idées mystiques et les idées ambitieuses, ces dernières semblant se concilier difficilement avec le tempérament fataliste de l'Arabe.

13. Les formes primitives d'aliénation, et surtout la manie, dominent la pathologie mentale des Arabes.

14. L'Arabe devient maniaque, le Kabyle devient mélancolique.

15. Le délire chronique s'observe aussi quelquefois ; il atteint surtout l'Arabe. Quant au délire mystique proprement dit, nous n'en avons rencontré aucun exemple bien caractérisé malgré l'extrême fréquence des idées mystiques.

16. L'alcoolisme apparaît surtout depuis l'année 1880 ; il frappe plus du cinquième de nos malades et sévit surtout chez l'Arabe.

17. L'intoxication par le kiff est assez fréquente et

se manifeste par quelques symptômes caractéristiques parmi lesquels l'éréthisme génésique avec tendance aux actes obscènes et impudiques, l'extase, le rire continu, les hallucinations de la vue, la sensation d'enlèvement dans le vide.

18. Comme l'alcoolisme, le kiffisme frappe surtout l'Arabe, le Kabyle restant presque indemne.

19. La paralysie générale est très rare chez les Arabes; elle est surtout un résultat des progrès de la civilisation; comme l'alcool, la syphilis n'intervient que par l'altération qu'elle imprime aux vaisseaux encéphaliques.

20. L'imbécillité et l'idiotie se rencontrent rarement à l'Asile, les malades qui en sont frappés étant sans doute laissés en liberté en raison du respect dont les Arabes les entourent.

21. L'épilepsie, dont la forme maniaque est la plus commune, s'accompagne toujours de réactions extrêmement dangereuses.

22. La proportion des décès à celle des admissions est de 53.52 p. 100; parmi les causes de léthalité, la phtisie atteint la proportion de 20.54 p. 100 du chiffre total des décès.

23. Les conséquences pratiques et thérapeutiques qui découlent de ce travail nous amènent à conclure à la nécessité d'hospitaliser les Arabes sur le sol même de l'Algérie.

SUR L'AMOK

par le Dr P. C. J. Van BRERO

Médecin de l'asile d'aliénés de Buitenzorg (Indes Orientales néerl.)

Par amok on entend, aux Indes Orientales néerlandaises, une attaque plus ou moins soudaine avec impulsion à l'homicide.

Celui qui commet le fait s'appelle un « *orang amok* » (litt. homme amok), tandis que le verbe actif est *mengamok* [faire ou courir amok, *to run amok*, *amokmaken* (holl.)].

Les premières victimes sont les femmes de l'entourage, généralement les plus proches parents.

Dans le cas classique l'homme amok quitte la maison, court dans les rues et tend à tuer aveuglément chacun de ceux qu'il rencontre, jusqu'au moment où il est pris mort ou vivant. L'arme dont il se sert est un « *kris* », une épée courte ondulée, arme nationale javanaise, ou un autre coutEAU très affilé que les indigènes portent toujours sur eux. Revenu au calme, il prétend avoir été « *matu gelap* », ce qui veut dire littéralement « *œil obscur* », par où il comprend cette idée concrète : « Je ne savais ce que je faisais. » Cette expression s'applique aussi à d'autres délits, comme le vol. Si on cherche à savoir plus exactement pourquoi il ne savait pas ce qu'il faisait, il répondra que la vue lui était devenue obscure, on rouge ; qu'il voyait des tigres, des sangliers, des cerfs, des chiens ou des diables et qu'il voulait les tuer.

L'attaque est précédée ou suivie d'un état de stupeur

plus ou moins long et est souvent terminée par un sommeil profond et prolongé.

Comme causes de ces homicides, on cite la jalousie, un mariage malheureux, des pertes d'argent, la mort de parents, en un mot, les chagrins et les soucis.

Parmi les causes physiques on cite les fièvres paludéennes. Swaving (1) prétend que l'usage de l'opium est souvent la cause d'une explosion de l'amok, ce qui est nié par Vogler (2).

L'amok est considéré comme un trouble morbide spécial à la race malaise [Van der Burg (3), Rasch (4), Gillmore Ellis (5)], ce qui ne me paraît pas exact, car Blandford (6) a observé à Trinidad chez des « *coolies* » importés, des attaques analogues, qui furent imputées à l'usage du « Bhaug », une préparation de *Cannabis indica*. Quand la culture et l'importation de ce poison furent prohibées, le nombre des meurtres diminua considérablement.

Parmi les indigènes de l'Archipel malais, ce sont les habitants de Boni et de Madura qui ont le plus triste renom en ce qui concerne l'amok; celui-ci est beaucoup plus fréquent chez l'homme que chez la femme et Swaving (7) dit que ce phénomène morbide se rencontre surtout chez les paysans et les montagnards. D'après les bulletins officiels coloniaux de 1893 les cas d'amok seraient spéciaux aux provinces Rembang et Madura de Java.

Les cas d'amok ne sont pas aussi fréquents qu'on voudrait le faire croire, surtout actuellement; ils ne se présentent pas sous forme endémique ou épidémique

(1) Gerechteleijk-geneesk. Stellingen, Recht in Ned. Indië, dl. 7.

(2) Tijdschrift voor Geneeskunde in Ned. Indië, 1853.

(3) De Geneesheer in Indië, dl. II.

(4) Ueber Amok. *Neurol. centralblatt*, 1894, n° 15.

(5) The Amok of the Malays. *Journal of mental science*, vol. 39.

(6) *Journal of mental science*, vol. 39.

(7) *Loc. cit.*

comme le prétend Rasch (1). Ce que Semler décrit chez Rasch comme amuck, n'est autre chose que l'attaque désespérée d'un ennemi qui, se voyant menacé partout, se bat jusqu'à la mort, car chez les peuples sauvages on ne donne ni demande quartier.

Dans quelques cas, l'attaque d'amok est le symptôme d'une psychose, qui peut être constatée après; mais il y a aussi des cas, et ceci est un point intéressant, où le patient, après un temps plus ou moins long, est parfaitement *compos mentis*, affirmant ne se souvenir de rien ou ne se rappeler que quelques incidents de l'accès, par exemple qu'il a vu des tigres, des chiens, etc.

Les mutilations souvent énormes des victimes, le grand nombre de gens innocents blessés et l'amnésie consécutive plus ou moins complète, font considérer ces attaques comme le symptôme d'une aliénation mentale transitoire. Quoique sans doute ces actes paraissent avoir été commis par un aliéné, il me semble néanmoins qu'il n'est pas permis de parler en général d'aliénation. Il faut examiner chaque cas en particulier, afin que le juge reçoive la plus grande certitude possible, car le public a une tendance à y voir de la simulation; car aucun acte, quelque bizarre qu'il puisse paraître, ne doit être appelé aliéné que lorsqu'il peut être attribué à des aliénés.

Pour opérer avec profit cependant, il faut que l'expertise soit faite aussitôt que possible, car chaque minute est précieuse et peut avoir sa valeur; de plus, il faut interroger les parents, les connaissances ou les témoins qui peuvent fournir des renseignements indispensables. Mais je ne connais pas d'enquêtes de ce genre pouvant satisfaire aux exigences et aux notions modernes d'une

(1) Ueber die Amokkrankheit der Malaïen. *Neurol. Centralblatt*, 1895, n° 19.

expertise médico-légale scientifique. Souvent le médecin ne trouve qu'un cadavre ; en d'autres cas, il est obligé de donner ses soins à tant de blessés, qu'un temps précieux s'écoule, car il est souvent seul ; plusieurs fois, hélas ! on néglige de le prévenir ou on l'appelle trop tard.

Swaving (1) a publié des considérations médico-légales sur l'amok, Doijer (2) les a analysées ; mais ni considérations, ni analyses ne peuvent enrichir notre connaissance de ces états curieux si des recherches minutieuses ne sont pas faites de bonne heure.

Gillmore EHis (3) voit dans l'amok un symptôme de l'*epilepsia larvata* ; mais sans nous occuper ici de la question de savoir si on a le droit d'admettre des équivalents psychiques de l'épilepsie (4) ou des épilepsies psychiques (ce que discutent Schüle et J.-L.-A. Koch, pour ne citer que ces deux auteurs), nous devons dire que la fréquence de l'amok dans la race malaise n'est pas expliquée par là, d'autant plus que le même auteur dit lui-même que l'épilepsie vraie s'y présente rarement. Aussi comprendrait-on difficilement pourquoi la femme chez laquelle l'amok se montre très rarement, présenterait de l'immunité pour cette forme particulière de neuro-psychose.

L'attaque d'amok est symptomatique d'une aliénation ou bien elle se montre isolément.

Au cours d'une psychose, qui peut être constatée après, elle peut se manifester dans toutes les formes d'aliénation, surtout dans l'épilepsie, la manie périodique, l'imbécillité et l'idiotie, en un mot, dans les psychoses dégénératives.

Elle se présente isolément chez des gens aupara-

(1) *Loc. cit.*

(2) *Tijdschrift voor geneeskunde in Ned. Indië*, 1852.

(3) *Loc. cit.*

(4) Voir Meynert, *Psychiatriische Vorlesungen*, 1890, p. 75.

vant non aliénés, mais chez qui on peut observer souvent ces états psychiques que J.-L.-A. Koch (1) a nommés « diminution psychopathique de la valeur individuelle » (*Psychopathische Minderwertigkeit*), notamment la forme fugitive (2).

La cause ou les causes qui peuvent faire accroître ces « diminutions » ou qui peuvent leur donner une direction particulière ne sont pas bien connues jusqu'ici, mais ce sont sans doute les mêmes qui, dans d'autres cas, peuvent faire naître des perturbations psychiques transitoires, telles que, par exemple, l'usage et l'abus de l'alcool, en général, les intoxications, les influences caloriques, les maladies nerveuses, les chocs directs et indirects sur l'encéphale, l'inanition, les maladies corporelles avec ou sans fièvre comme la syphilis, les phénomènes physiologiques, tels que l'accouchement et les émotions. Mais parmi toutes ces causes, il me semble que deux ont une valeur particulière : 1° les maladies fébriles et leurs suites, parce qu'elles existent beaucoup aux Indes Orientales et parce qu'elles ont une grande influence sur l'état mental des indigènes, et 2° les émotions, principalement celles qui peuvent porter atteinte à l'orgueil très surexcitable des habitants, d'où peut

(1) *Die psychopathischen Minderwertigkeiten*, 1891.

(2) J.-L.-A. Koch donne la définition suivante : Par le terme diminution psychopathique de la valeur individuelle, j'entends toutes les irrégularités psychiques congénitales ou acquises, qui exercent une influence sur la vie personnelle de l'homme. Ces irrégularités psychiques, quelque considérables qu'elles soient, ne forment pas une folie, mais elles ne donnent pas non plus aux personnes qui les possèdent, même dans les cas les plus favorables, l'apparence de la possession entière d'une activité psychique normale.

Les personnes que ce médecin allemand a en vue sont les « dégénérés supérieurs ou les déséquilibrés » de Magnan et leur vie psychique est « l'état mental » avec ou sans les « syndromes épisodiques » de cet auteur français qui réserve aux influences acquises pendant la vie ultérieure une place beaucoup moins importante que l'auteur allemand. Ce sont alors ces cas qui se trouvent plus ou moins proche de la « frontière de la folie ».

provenir l'origine de ces situations morbides que J.-L.-A. Koch (1) a nommées des affections pathologiques transitoires.

Examiné au point de vue physico-psychologique, l'indigène possède un système nerveux très sensible qui, dans beaucoup de cas, présente les caractères d'une faiblesse irritable. De légères indispositions donnent naissance à une exaltation ou à une apathie qui font croire à une maladie grave; des élévations relativement insignifiantes de la température dans les maladies fébriles causent du délire ou de la somnolence.

Ce n'est qu'avec beaucoup de peine qu'il se soumet à une opération chirurgicale insignifiante, tandis qu'en d'autres temps, des douleurs énormes sont supportées avec une douceur et une patience admirables. La fréquence d'une neurose nommée *latah* et des psychoses dégénératives chez ce peuple donne de l'appui à cette interprétation. Le chagrin se manifeste avec une grande ostentation (les individus s'arrachent les cheveux, déchirent leurs habits, se jettent sur le sol, etc.); les moindres déceptions peuvent le mettre en colère.

Vogler (2) cherche à expliquer l'amok par le peu d'empire qu'ont sur leurs passions les habitants de l'Archipel Indien, et ce qui tendrait à prouver ce peu d'empire sur eux-mêmes, ce sont les châtiments qu'ils infligent chaque jour à leurs enfants (3) et qu'on peut considérer comme des analogies physiologiques de l'amok.

Si on y ajoute comme facteur complémentaire ce fait que les indigènes ne respectent pas beaucoup la vie de leur prochain, exemple qu'ils avaient vu dès les temps

(1) *Loc. cit.*

(2) *Loc. cit.*

(3) Dans sa colère furieuse, il maltraite sa femme, ses enfants et ses animaux, sans regarder s'ils sont liés à la cause primitive de sa colère.

les plus reculés de leurs propres rois, et qu'ils sont toujours armés, donc toujours prêts à se servir de leurs armes, alors il me semble que les défauts de caractère indiqués plus haut et qui sont pour la plupart le résultat d'une éducation incomplète et défectueuse, sont la base d'une explication de l'apparition relativement fréquente de l'amok aux Indes Orientales néerlandaises.

La moindre fréquence chez la femme trouve, à mon avis, son explication en cela que les émotions, quoique plus sondaïnes, ne sont pas si vigoureuses, ni si bien développées chez elle que chez l'homme ; que la femme, ici plus que dans les pays civilisés, est mise au dernier plan et par conséquent ne rencontre pas tant de déceptions et de chagrins. Du moins, elle n'est pas accoutumée à s'offenser et encore cela ne lui est même pas permis.

Mais ici encore j'insiste que nos connaissances de ces états intéressants ne sont que bien fragmentaires et l'exposition ci-dessus n'est donnée que comme la tentative faible d'une explication de l'apparition de ces états aux Indes, où ils ont une grande valeur médico-légale.

Quand les symptômes nommés ci-dessus sont observés dans une attaque d'amok où l'on peut constater perte ou obscurcissement de connaissance, la détermination de la responsabilité n'est pas difficile. Mais les choses ne se présentent pas toujours si favorablement, car il y a des transitions lentes à des actes où la responsabilité n'est que diminuée, ou même n'est pas du tout abolie. Alors chaque cas doit être traité en lui-même et jugé selon les règles connues.

Sur un total de 429 indigènes et Chinois des deux sexes entrés à l'asile de Buitenzorg, 389 donnèrent une cause quelconque de l'admission et 40 furent admis pour cause d'homicide ou blessure (je n'ai pris que les cas où

les blessures graves avaient été faites avec une arme aiguë quelconque), ce qui fait 9.32 p. 100.

Les psychoses dont ils étaient atteints furent :

	INDIGÈNES		CHINOIS	
	h.	f.	h.	f.
Amentia	8	1	1	—
Epilepsia	3	1	—	—
Mania periodica . .	4	—	—	—
Idiotia	4	—	—	—
Dementia	13	2	1	—
Psychose inconnue.	1	1	—	—

De ces 40 attaques, 8 avaient les traits classiques de l'amok.

LE TREMBLEMENT GÉLATINEUX

DE LA LANGUE

CHEZ LES ALIÉNÉS MÉLANCOLIQUES (1)

Par le D^r Victor PARANT

Médecin directeur de la Maison de santé privée de Toulouse

Parmi les tremblements qui intéressent la clinique des maladies mentales, celui de la langue des aliénés paralytiques est presque le seul remarqué ; on sait quel rôle il joue dans le diagnostic de la paralysie générale, où sa fréquence est plus grande, sa valeur symptomatique aussi notable que l'inégale dilatabilité des pupilles.

Rappelons que le tremblement de la langue chez les paralytiques donne à l'organe des mouvements brusques, désordonnés, qui se font d'arrière en avant, d'une manière telle que M. le D^r Magnan a pu, avec une justesse expressive, les qualifier de mouvements de trombone. En outre la langue, lorsque le malade parvient à la tenir allongée hors de la bouche, est animée de secousses fibrillaires qui lui font prendre les attitudes les plus variées, dans lesquelles elle porte sa pointe alternativement vers le nez ou vers le menton, sans que le malade parvienne à la fixer, à la tenir immobile. Enfin elle se creuse encore de sillons longitudinaux qui se dessinent dans toute sa longueur.

A côté de ce tremblement, il faut en placer un autre

(1) Communication faite au Congrès des aliénistes et neurologistes, Nancy, 1896.

où la langue a des aspects tout différents. Je ne l'ai vu signalé nulle part, et cependant je le crois, lui aussi, bien digne d'intérêt. A vrai dire, il n'est point absolument spécial aux maladies mentales. On l'observe à peu près identique dans certaines affections fébriles de la pathologie ordinaire. Mais dans les maladies mentales où on le rencontre, et qui sont des maladies non fébriles, il prend une importance véritable sur laquelle il importe d'attirer l'attention.

Dans ce tremblement, auquel je propose de donner le nom de tremblement *gélatineux*, la langue n'est point animée de mouvements irréguliers tenant aux contractions anormales des fibres longitudinales. Le malade semble avoir quelque peine à la tirer hors de la bouche. Elle sort, à moitié tout au plus, sur la lèvre inférieure, où elle s'appuie paresseusement ; elle s'arrondit sur son pourtour ; quelquefois elle s'étale et semble flasque, mais le plus souvent sa face supérieure se met là comme en boule et elle y reste comme si le malade avait, pour la rentrer, autant d'incertitude et d'incapacité qu'il en avait en pour la sortir.

On a tout loisir alors pour l'examiner et l'on y remarque alors ce tremblement que je viens d'indiquer. Elle paraît osciller dans sa masse ; il s'y fait de côté et d'autre de petites dépressions momentanées ; on n'y voit pas de contractions spasmodiques fibrillaires dans le sens de la longueur ni aucun mouvement désordonné. Pour bien le caractériser, je ne saurais mieux faire que de comparer ce tremblement à celui d'une petite masse de gélatine arrondie, que rien ne comprime sur ses bords, et à qui l'on imprime de légères oscillations.

C'est d'après cette comparaison que je propose de donner au tremblement en question le nom de tremblement *gélatineux*.

Ce tremblement me paraît avoir une importance

réelle en pathologie mentale, à un point de vue en même temps clinique et pronostique.

On l'observe presque uniquement chez une catégorie de malades en état de dépression mélancolique, chez qui la mélancolie est récente et ne revêt qu'une de ses formes simples. Autant que je puis l'avancer d'après mes observations, elle appartiendrait plus spécialement à la mélancolie d'origine infectieuse. Ce qui peut confirmer cette appréciation, c'est que, comme je l'ai dit tout à l'heure, un tremblement analogue s'observe dans des maladies fébriles qui sont évidemment de nature infectieuse ; telles certaines fièvres typhoïdes. Je ne l'ai jamais remarqué dans les mélancolies qui sont de date ancienne, ou qui sont survenues lentement et progressivement, non plus que dans celles qui sont d'autre origine, notamment celles qui proviennent d'une dégénérescence, ou qui ne sont que les phases d'une forme morbide plus complexe. Ainsi, par exemple, on ne la voit pas dans le stade mélancolique de la folie circulaire ; on ne la voit pas davantage chez les persécutés mélancoliques ou chez les paralytiques déprimés. Mais on la rencontre fréquemment dans la mélancolie simple, dans la mélancolie anxieuse, dans l'hypochondrie et dans la stupeur.

Étant données les conditions dans lesquelles on observe ce tremblement, j'estime que le plus habituellement il doit être considéré comme un signe pronostique favorable ; voici comment :

J'ai dit qu'il appartient surtout aux mélancolies récentes, d'origine principalement infectieuse. Ce sont celles où le trouble morbide tient à des modifications accidentelles de l'organisme, où les fonctions seules encore sont troublées ; des agents toxiques divers ont agi sur le cerveau comme ils auraient fait sur le reste du corps, et sont venus, en altérant les aptitudes mentales,

déterminer la dépression. Quelle que soit la gravité de l'infection ou de l'intoxication, on peut, si l'on intervient à temps, en arrêter l'influence et même en faire disparaître complètement les effets. Ce n'est pas à dire qu'on y réussira toujours ; car si active, si bien appropriée que soit une médication, elle peut échouer pour des causes que l'on ne saurait pénétrer. Mais il n'en est pas moins vrai que dans bon nombre de cas cette médication est efficace et fait disparaître à tout jamais des maladies mentales qui ne tiennent qu'à des causes accidentelles, à des déviations momentanées du fonctionnement de l'organisme.

Or, comme c'est surtout dans les mélancolies de cette catégorie que l'on observe d'ordinaire le tremblement en question, il s'ensuit qu'on doit en principe le considérer comme de bon augure. On doit alors être encouragé à traiter activement le malade par des moyens appropriés, à ne rien négliger de ce qui peut faciliter en lui l'élimination, la suppression des éléments toxiques et des agents infectieux.

J'ai constaté bien des fois, et depuis longtemps déjà, la valeur de ces indications ; je les ai fait constater aux personnes de mon entourage, et je les considère comme étant précieuses à rencontrer.

Puisqu'il est question de la langue, j'ajouterai qu'à mon avis, on n'accorde pas d'ordinaire, en pathologie mentale, assez d'attention aux modifications morbides de cet organe. De prime abord, cela est bien fait pour surprendre, étant donné que dans la pratique ordinaire l'aspect, la forme, les divers états de la langue sont des plus intéressants à constater. Une des premières choses que le médecin fasse auprès du malade, c'est de l'inviter à tirer la langue et aussitôt il y trouve des indications importantes sur la gravité ou sur la nature même de la maladie.

Pourquoi donc, en ce point, la pathologie mentale ne bénéficierait-elle pas des avantages de la pathologie ordinaire ?

Et de fait, la langue d'un maniaque n'est pas comme celle d'un mélancolique ; ni ses mouvements, ni sa forme ni son attitude ne sont les mêmes chez l'un et chez l'autre. Dans les formes aiguës elle revêt des apparences, prend des allures qu'elle n'a plus dans les formes chroniques. Ce serait, je crois, une étude intéressante à faire, qui manque absolument dans la séméiologie générale de nos traités de pathologie mentale.

Je n'insiste pas, n'ayant voulu m'occuper ici que d'un point particulier, à propos duquel ce que j'ai dit peut se résumer ainsi :

Chez les aliénés atteints de mélancolie simple, d'origine principalement infectieuse et de date récente, on observe un tremblement de la langue, où celle-ci est animée de mouvements analogues à ceux de la gélatine, et que, pour ce motif, on peut appeler tremblement gélatineux. La constatation de ce tremblement, intéressante au point de vue clinique, doit en outre, étant données la cause et la forme de la maladie dont il s'agit, être considérée comme un signe pronostic habituellement favorable.

Législation

DE L'INTERNEMENT DES ALIÉNÉS

EN ANGLETERRE (1)

par le D^r ROUBY

Je visitais, au mois d'avril 1895, l'hôpital de Bethlem à Londres; j'en ai rapporté quelques renseignements qui peuvent être utiles à ceux qui s'occupent de l'amélioration de la loi de 1838. Je ne décrirai pas ce vieil hôpital, ancien couvent laïcisé par le roi Henri VIII, qu'on a su conserver, tout en l'améliorant d'année en année, de façon à le rendre non seulement habitable, mais très confortable pour des aliénés. Le Directeur, M. le D^r Smith Percy, un de nos plus distingués confrères à l'étranger, mit beaucoup de complaisance à me faire visiter son asile et à me donner tous les détails concernant la nouvelle loi anglaise qui pouvait m'intéresser. Il m'offrit deux livres récents signés de lui, dans lesquels j'ai puisé largement pour écrire le présent mémoire.

Nous traiterons seulement quatre points relatifs à l'internement des aliénés :

- 1° Des pensionnaires libres ;
- 2° De la substitution de l'autorité judiciaire à l'auto-

(1) Communication faite au Congrès des aliénistes et neurologistes, Nancy, 1896.

rité administrative et des inconvénients de cette mesure.

3° Des amusements procurés aux aliénés et des visites à volonté.

4° De la durée de l'internement des alcooliques.

1° *Des pensionnaires libres.* — Il existe dans les asiles d'aliénés d'Angleterre des pensionnaires libres, c'est-à-dire des malades aliénés qui ont été admis sans apporter avec eux ni certificat de médecin, ni demande d'un parent, ni pièce officielle quelconque ; ils y sont entrés par l'effet seul de leur volonté.

Ils se sentent devenir aliénés ; ils ont des hallucinations dont ils comprennent la nature ; ils viennent au bureau d'admission et demandent l'internement pour être traités. Le D^r Smith en cite un cas bien typique dans son rapport de 1894 : un homme qui avait été traité auparavant dans un autre asile, se promenant dans Londres, se sentit tout à coup envahir par une impulsion homicide ; il hèle le cocher d'une voiture : « Conduis-moi dans un asile, vite, dans n'importe lequel. » Le sentiment d'une crise prochaine le poussait à chercher protection contre lui-même dans un établissement analogue à celui où il avait été traité. Quelque temps après, à l'asile, il eut des idées homicides tellement fortes que l'on dut le placer dans la catégorie des sous-certificats, « under certificates », bien qu'il fût entré volontairement.

Cela, ajoute le D^r Percy Smith, est un bon exemple d'un malade plus sage que ses parents, qui cherche vite une protection et des soins lorsque ceux-ci chercheraient peut-être à retarder ce qui est la vraie manière d'agir. Dans un autre cas, un ancien malade de l'asile insista pour entrer volontairement pendant le délai causé par les difficultés qu'éprouvaient ses amis à recevoir des autorités judiciaires un ordre d'entrée. Ces faits et l'existence des pensionnaires libres en grand nombre dans les

asiles, prouvent qu'en Angleterre les asiles d'aliénés ne sont plus regardés comme des prisons effroyables, mais comme des hôpitaux où les aliénés peuvent recouvrir leur santé. En France on continue à les regarder avec terreur : la croyance populaire y rattache de telles légendes qu'il faudra un certain nombre d'années pour qu'ils soient regardés et appréciés comme ils doivent l'être ; depuis Pinel, les asiles se sont transformés, mais le sentiment populaire est resté le même.

Le nombre des pensionnaires libres à Bethlem-Hospital est considérable : sur 216 pensionnaires présents à la fin de l'année 1894, 50 pensionnaires étaient entrés volontairement ; deux malades seulement sur ce chiffre étaient sortis, malgré l'avis du médecin qui conseillait la prolongation du traitement ; 15 étaient sortis guéris ou améliorés ; 15 avaient été placés sous le régime du certificat ; les 18 autres étaient encore à l'asile. La nouvelle loi hollandaise a admis cette disposition des pensionnaires libres, et elle existe également en Belgique par suite d'un arrêté royal de 1874 ; nous venons de voir que par les deux acts de 1890 et de 1891, l'Angleterre l'avait admise et qu'elle donnait d'excellents résultats.

Cette disposition des pensionnaires libres a donc fait ses preuves.

En France tout le monde est d'accord pour l'admettre : le D^r Blanche au nom de l'Académie de médecine, dans le rapport présenté en 1884, a demandé qu'il fût inséré dans la loi : « une clause spéciale pour le cas, qui n'est pas extrêmement rare, d'un malade venant de lui-même et sans être accompagné d'un parent ou d'un ami, demander à être admis dans l'asile, parce qu'il sent que sa raison se trouble, qu'il n'est pas complètement maître de lui-même et qu'il a besoin de protection et de surveillance contre les impulsions délirantes. »

Dans le projet de loi voté par le Sénat en 1887, l'article 16 les admet ; il est ainsi conçu : « Toute personne « majeure qui, ayant conscience de son état mental, « demande à être placée dans un établissement d'aliénés, « peut y être admise sous les formalités prescrites par « l'article 14 ; une demande signée par elle et une pièce « propre à constater son identité sont suffisantes. »

M. le D^r Ernest Lafont, dans son rapport au nom de la commission chargée d'examiner la proposition de loi de M. Joseph Reinach, dans son article 15, reproduisit textuellement le texte du Sénat.

Puisque tout le monde est d'accord sur cet article ; puisque tout le monde reconnaît qu'il serait utile de l'inscrire dans la loi de 1838, on devrait demander aux pouvoirs publics un article de loi à ce sujet, sans préjuger rien au sujet du vote de la loi générale. La loi de 1838 est une loi excellente, très simple, qui donne d'excellents résultats ; pour qu'elle soit parfaite, il faudrait y ajouter un, deux ou trois articles que tout le monde reconnaît nécessaires, et que médecins, magistrats et administrateurs acceptent. Que fait-on actuellement ? au lieu d'obtenir le vote de ces deux ou trois articles seulement et de laisser la loi de 1838 debout, on dit, non, ces trois articles sont excellents, mais les ajouter purement et simplement ne serait pas assez retentissant ; il faut faire grand ; il faut démolir la loi tout entière et la rebâtir à nouveau.

Alors quelques médecins aliénistes, pas tous, mais quelques-uns se récrient et disent : la loi de 1838 est excellente ; si on demande à y ajouter un ou deux articles, on voudra profiter de la circonstance pour tout démolir ; il vaut mieux n'y pas toucher : c'est l'arche sainte ; une fois mise en pièces, nous ne savons pas ce qu'on nous donnera ; vivons avec la loi telle qu'elle est, comme nous pouvons, et faisons le silence autour d'elle.

Je crois qu'on devrait agir autrement et qu'il serait facile de faire comprendre aux Chambres la nécessité d'inscrire ces nouveaux articles sans vouloir tout refondre.

Au sujet des pensionnaires libres, M. le D^r Paul Garnier parle des simulateurs qui pourraient entrer dans les asiles pour obtenir un abri et échapper aux étreintes de la misère. Mais ces pseudo-aliénés peuvent depuis longtemps tromper les médecins en simulant la folie et en obtenant ainsi les certificats nécessaires à leur internement. Il existe du reste une nombreuse classe de malades qui ne simuleraient pas : ce sont les aliénés jouissant d'une fortune plus ou moins grande, qui peuvent entrer comme pensionnaires soit dans les maisons de santé, soit dans les quartiers payants d'asile ; on pourrait même, pour éviter toute supercherie, inscrire dans l'article de loi que tous les malades qui entreraient de leur plein gré, payeront une pension ; c'est ce qui existe à Bethlem.

2° *Substitution de l'autorité judiciaire à l'autorité administrative dans les mesures à prendre pour l'internement.* — On peut dire que la substitution de l'autorité judiciaire à l'autorité administrative forme le principal motif de la démolition et de la reconstruction de la loi de 1838. Les Anglais, depuis six années, depuis l'act de 1890, ont fait cette substitution ; voyons le résultat de cette expérience, voyons s'ils ont lieu d'être satisfaits de cette nouvelle manière de faire et si, en France, nous devons désirer l'intervention de la justice pour l'entrée des malades dans les asiles.

Les médecins anglais trouvent des inconvénients sérieux à l'application de cet article ; il est bon de les faire connaître en France ; ils pourront nous servir plus tard si la discussion avait lieu sur les nouveaux projets de loi.

Le D^r Smith Percy de Bethlem a publié à ce sujet

une brochure contenant un grand nombre de faits relatifs à l'entrée des malades. « Je suis très heureux, dit-il, qu'il me soit permis d'ouvrir la discussion sur les effets de la nouvelle loi ; mais comme cet asile admet dans l'année plus de cas privés que tout autre établissement du royaume, et comme les principaux inconvénients de la loi résident dans l'admission des malades placés volontairement, il est peut-être utile que cette discussion soit entreprise par quelqu'un appartenant à l'hôpital de Bethlem. Je pense que je ne peux mieux faire que d'apporter devant vous l'exposé des faits et quelques réflexions sur les ennuis que, depuis six mois, nous a causés l'exécution de la nouvelle loi. »

Voici les inconvénients signalés en suivant les articles de la loi :

Art. 6, n° 1. « Sur la présentation de la demande, les autorités judiciaires devront considérer les allégations y contenues et l'évidence apparente de la maladie d'après le certificat médical. Si cela est nécessaire, le juge doit voir et examiner le malade et avoir la preuve que la maladie existe réellement. Lorsque la maladie est constatée, l'ordre doit être donné ; il doit le faire aussi vite qu'il peut, dans les sept jours qui suivent la demande ; celle-ci, après sept jours, n'est plus valable et doit être refaite à nouveau ; le certificat du juge est envoyé par la poste au pétitionnaire dans une lettre chargée à son adresse. »

L'inconvénient de la loi concernant cet article, une des grandes difficultés dans son application, a été d'*obtenir* du juge ou du magistrat (juge de paix) qu'il examinât la demande.

Dans une première observation, deux juges successivement refusent de signer le certificat sur la présentation de la demande pour des raisons injustifiables, c'est-à-dire pour des raisons ne concernant pas l'état

d'aliénation du malade ; ils ne voulurent pas fixer l'époque pour l'examen de la demande. Le temps s'écoula et une seconde demande dut être faite. Le premier juge était dispensé de signer, parce qu'une seconde demande était faite ; mais le juge de County-Court déclara aussi que ses fonctions ne lui permettaient pas de donner sa signature. Ces délais causèrent beaucoup d'ennuis et de pertes de temps au demandeur ; dans l'intervalle on était obligé de garder dans la famille un malade à qui il fallait des soins immédiats.

Dans la deuxième observation, des faits analogues se produisent.

Pour le n° 3, ce fut mieux : sur la présentation de la demande, le premier juge refusa de signer, mais ne désigna point d'époques pour faire le certificat ; on eut beau aller sonner à sa porte, il déclara qu'il était occupé pour une autre affaire, puis il alla à la campagne où on ne le trouva plus. Il fallut faire désigner un autre juge, ce qui amena une perte de temps considérable pendant lequel on eut à garder un fou furieux à la maison.

Dans deux cas suivants, les premiers certificats d'urgence expirèrent par la faute du juge, et il fallut en faire signer de nouveaux ; ce qui porta à six le nombre des certificats pour chacun de ces malades.

Dans plusieurs cas, les certificats des juges étaient libellés de telle sorte qu'on dut tout recommencer. Dans deux autres cas, les juges étaient absents ; les malades entrèrent à l'hospice d'urgence, mais les « Coroners in Lunacy », les ayant examinés, firent sortir les malades malgré la gravité de leur état, et l'on dut recommencer au dehors des démarches nouvelles pour une seconde entrée. « On trouvera, dit le D^r Smith, que c'est une belle marque de civilisation, d'obliger un médecin de mettre à la rue une personne mourante, parce qu'on ne peut trouver un juge qui veuille faire

son devoir. Si l'année prochaine, pendant les vacances, il y a la même pénurie de juges et qu'il y ait des cas semblables à admettre à Bethlem, il sera difficile de ne pas tourner la loi, sans manquer à tout sentiment humain. »

D'après l'article 35, « un ordre d'entrée, s'il paraît être conforme à la loi, sera une autorité suffisante, etc. ».

Or, le D^r Smith cite de nombreux cas qui démontrent les difficultés soulevées par des juges de paix ayant signé des certificats non conformes à la loi. Beaucoup de juges, ajoute-t-il, semblent n'avoir aucune inclination à examiner consciencieusement les documents présentés et ne sont pas capables de faire un document légal avec tout le soin que demandent les cas concernant les aliénés. Les énormes difficultés qu'éprouvent soit les parents des malades, soit les directeurs d'établissement, sont devenus insupportables et ne diminueront pas si la forme présente de la loi continue à être appliquée. Un malade (cas 12) est admis le 19 juillet 1890 avec un ordre d'urgence, mais cet ordre d'entrée du juge était mal fait. Il avait oublié de mettre le nom du second médecin certificateur. On a dû lui renvoyer l'acte pour qu'il le refit et faire sortir le malade de l'hospice pour le faire rentrer à nouveau huit jours après.

Enfin, dans une dernière série d'observations, les juges signent à tort et à travers ; beaucoup signent pour des malades qui ne sont pas du ressort du tribunal, et l'on doit encore, comme pour les autres, les faire sortir de Bethlem, pour les faire rentrer à nouveau.

« Je crois en avoir dit assez long, ajoute notre confrère anglais, pour montrer que la loi a causé dans beaucoup de cas des délais injustifiables, que beaucoup de juges semblent incompetents pour accomplir les devoirs que leur impose la loi et qu'il en résulte pour nous beaucoup de difficultés et d'ennuis. Heureusement que, pour

notre consolation, il s'est trouvé quelques juges qui ont fait tout leur possible pour réparer les erreurs des autres. »

En résumé, l'expérience a démontré en Angleterre qu'il y avait parmi les magistrats beaucoup de négligence et d'incapacité. Il est probable qu'en France il en serait de même. On devra tenir compte de l'expérience de l'Angleterre à ce sujet dans la confection de la nouvelle loi, si elle se fait, et repousser l'ingérence des juges avant l'entrée des malades ; après l'internement les inconvénients sont beaucoup moins graves, puisque le traitement n'est pas retardé ; mais là encore nous aurons à souffrir des idées préconçues de quelques magistrats qui ne savent rien des maladies mentales et qui ne veulent rien en savoir, qui déclarent que les médecins aliénistes ne doivent pas être consultés pour constater la folie, parce qu'ils voient la folie partout, et qui mettent les malades en liberté lorsque ceux-ci peuvent déclarer qu'un écu vaut 5 francs.

3. — *Des amusements et des visites à volonté dans les asiles.* — Au sujet de l'asile riant et de la manière de voir de M. Marandon de Montyel, je dirai aussi ce que j'ai vu à Bethlem et le résultat de ma propre expérience, touchant la question *des visites à volonté*.

A Bethlem, le plan des bâtiments comporte trois étages superposés avec un grand couloir central sur lequel s'ouvrent les cellules. Mon étonnement fut grand de voir la décoration en partie artistique de ces grandes galeries un peu sombres, qui servent de salons, de salles de jeux et de promenoirs d'hiver aux aliénés ; leurs parois sont entièrement tapissées d'objets curieux de toute espèce : tableaux, gravures, faïences, meubles de prix, bibliothèques ; quelques-uns de ces bibelots sont des objets d'art d'une grande valeur ; parmi ceux-ci, toute une collection de grès de Doulton ; quelques vitrines pourraient être placées dans un musée : la

variété des choses exposées est très grande : quelquefois on sourit au passage, en voyant une gravure de l'impératrice Eugénie faire pendant au portrait du président Carnot ; des statues de la Vierge Marie paraissent étonnées de se trouver dans ce milieu protestant. Il y a un fonds de distraction ; chaque année, on y ajoute quelque chose. En 1894, on avait placé un petit billard dans la quatrième galerie et une vitrine de monettes empaillées. Les distractions, cette année, avaient été variées et abondantes ; il y avait eu des bals, des concerts et des représentations théâtrales ; un arbre de Noël avait été organisé grâce aux souscriptions des gouverneurs ; on avait fait des excursions aux courses de canot d'Oxford et de Cambridge, à la réunion d'Epsom et aux courses d'obstacles du comté de Kent. Dans Londres même, des promenades où les malades étaient très nombreux, notamment aux Docks et au pont de la Tour ; il n'y avait eu nulle part d'incidents désagréables. Un M. Vood avait fait un don pour ce fonds de distractions ; le trésorier avait donné quelques volumes reliés du Strand Magazine. Enfin, on avait continué la publication d'un journal rédigé par les pensionnaires de l'asile et intitulé « Sous le dôme ». Il faut savoir qu'un dôme analogue à celui de la Salpêtrière domine la partie centrale de l'asile de Bethlem. Je crois chose excellente pour le plus grand nombre des malades ces distractions qui leur rappellent leur vie antérieure ; ils souffrent moins de leur internement, et ne se regardent plus comme séparés de leurs semblables en se trouvant mêlés à eux dans les grandes circonstances de la vie anglaise. J'ai agi de la même façon dans la décoration de mon asile que j'ai rempli d'objets d'art ou curieux au milieu desquels vivent les malades ; je dois dire que je n'ai jamais eu lieu de le regretter ; à la surprise de tous, jamais aucune faïence n'a été brisée, aucun tableau dété-

rioré, aucun dégât commis, malgré le nombre et la variété des aliénés qui s'y rencontrent.

Pour les visites à volonté dans les asiles ou maisons de santé, je puis en parler, par expérience ; je pratique cette manière de voir, mais non pour tous les aliénés. Actuellement, les malades idiots ou déments sortent au dehors avec leurs parents à qui je les confie ; la mère de l'un d'eux vient tous les deux ou trois jours prendre son fils pour une promenade en voiture. Un autre est conduit chaque mardi dans sa famille à huit heures du matin et ne rentre que le soir vers neuf heures, sans que je m'inquiète de ce qui lui arrive, la mère prenant la responsabilité de son fils. Des malades atteints du délire des persécutions, au premier degré, mais étrangers à la ville, sortent chaque jour, non accompagnés, pour faire une promenade de deux ou trois heures aux environs ; ils vont dîner chez des amis, ils reçoivent leurs familles, passent leurs journées avec eux soit dans les jardins de l'établissement, soit au dehors dans la campagne. Le frère d'une phobique qui habite loin et ne peut venir voir sa sœur qu'une fois par an, arrive le matin et passe la journée entière avec elle ; ses visites durent parfois cinq ou six jours consécutifs. Des hallucinés chroniques se promènent en liberté dans le jardin non fermé et même font à deux, l'un étant chargé de l'autre, de très grandes promenades au dehors, etc. Mais je fais exception pour les alcooliques, pour les paralytiques généraux à la première période, pour quelques hallucinés qui ne se croient pas malades et qui réclament violemment leur sortie ; le départ de leurs parents amène des scènes de violence et exaspère les symptômes d'excitation. A ce sujet, je pourrais formuler une règle générale que voici : donner toute liberté à ceux qui acceptent leur situation, et refuser, même parfois les visites, à ceux qui sont en traitement et qui n'acceptent pas l'internement. Mais

faire entrer les familles dans les quartiers et le faire sans fixation aucune de jour et d'heure, c'est mettre un grand désordre dans la maison et troubler les autres aliénés devenus des objets de curiosité. Je pense que, l'expérience aidant, M. Marandon de Montyel ne tardera pas à changer sa manière d'agir.

4. — *De l'internement des alcooliques.* — Enfin, je terminerai ce travail par quelques mots sur l'internement, comme mode de traitement des alcooliques; il est bien entendu que nous ne parlons que des dipsomanes ou alcooliques aliénés. Ce traitement doit être prolongé plus longtemps que ne le dit M. Marandon de Montyel, et son échelle de temps nécessaire à la guérison, est une idée théorique qui n'est pas la conséquence de l'expérience des choses. Pour guérir un dipsomane complètement, c'est-à-dire pour en faire un abstinant complet et de durée, il faut au moins une année d'internement, peut-être deux; ceux qui partent après trois mois rechutent toujours; j'ai plusieurs observations à l'appui de ce fait. Malheureusement, le traitement est rendu impossible par les magistrats qui examinent les malades. J'ai voulu traiter à fond quelques alcooliques, mais bien avant le sixième mois, ils ont demandé leur sortie; le tribunal l'a accordée, ne voulant pas comprendre que le jugement de mise en liberté les rejetait dans l'alcoolisme: l'un d'eux était pourtant un dipsomane dangereux qui avait été condamné en police correctionnelle pour avoir, d'un coup de bâton, fracturé le bras d'une vieille tante. Le nouvel hôpital d'ivrognes serait donc inutile, si une nouvelle loi ne permettait pas d'interner les dipsomanes le temps nécessaire à leur guérison; espérons que cet article, nouvelle amélioration dans la loi de 1838, pourra facilement être obtenu des pouvoirs publics. Pour les certificats concernant les dipsomanes, je ne suis pas de l'avis de M. le D^r Garnier, et je pense que si un juge qui

ne voit que l'apparence, peut déclarer un dipsomane guéri et le mettre en liberté, un médecin aliéniste doit voir le fond des choses et se dire : tel dipsomane paraît guéri, l'est-il réellement ? S'il est certain de la non-guérison, s'il croit que l'individu va recommencer à boire immédiatement, il ne doit pas déclarer ce dipsomane guéri et faire un certificat concluant à la mise en liberté. M. Marandon de Montyel, en voulant conserver son malade pour obtenir la cure radicale, est dans le vrai rôle du médecin.

Médecine légale

“ L'OPEN DOOR ”

ET LE CONGRÈS DE NANCY

par le D^r E. MARANDON de MONTYEL

Médecin en chef des Asiles publics d'aliénés de la Seine.

Nous avons de bien vifs regrets de n'avoir pu nous rendre au Congrès de Nancy pour prendre part à la discussion du rapport si substantiel de notre collègue, le D^r Garnier. Ce n'est pas que nous ayons la moindre illusion sur l'accueil qui eût été réservé aux idées que nous défendons avec ardeur et conviction, une conviction basée sur une pratique de près de huit ans, laps de temps suffisant pour la justifier. En France, du moins, en effet, les temps ne semblent pas venus pour la grande réforme qui se poursuit pourtant, à l'étranger, depuis plusieurs années déjà. Nous n'en voulons pour preuve que le silence même gardé sur ce point par le savant médecin en chef de la préfecture de police qui, s'il parle de l'expérience des visites à volonté avec collation et villégiature dans les environs tentée dans notre service, ne souffle mot de l'asile aux portes et aux fenêtres ouvertes, de l'*Open door*, disposé en village, sans murs de clôture, ni saut de loup, ni galeries couvertes. Or, en ce moment, partout, excepté chez nous, c'est là le principal souci en matière d'internement des aliénés ; on ne pense qu'à ouvrir les établissements destinés à ces malades, à les rendre semblables à la première habitation venue, à rapprocher la vie de l'aliéné complètement de la vie ordinaire, à lui donner toute la liberté compatible avec son état mental. Eh bien ! nulle part, il

n'est question dans le consciencieux travail de M. le Dr Garnier de ce grand mouvement libérateur et réformateur ; il nous dit seulement que l'asile moderne doit se faire riant et employer les malades, dans la mesure du possible, à des travaux agricoles. Il n'insiste pas sur la révolution qui gronde à nos portes, sans que nous paraissions nous en douter, et qui, je l'espère bien, finira par nous gagner et par balayer nos asiles-casernes et notre méthode néfaste d'isolement ; il ne la signale même pas. Cette lacune dans un travail si complet est caractéristique ; elle prouve surabondamment, selon une vieille et pittoresque expression, que la question en France n'est pas dans l'air.

Et voilà pourquoi nous regrettons de n'avoir pas été à Nancy, au risque d'y être conspué, de n'y avoir pas été pour crier très fort que, puisque la question de l'internement des aliénés figurait au programme du Congrès, le premier point à établir était que nos asiles actuels, avec leurs murs de prison ou de cloîtres, leurs dispositions régulières et symétriques, sont, pour un très grand nombre d'aliénés, des fabriques d'incurables et que nous, par l'isolement que nous imposons à nos malades, la vie de reclus à laquelle nous les condamnons, la discipline sévère que nous leur imposons, nous sommes dans un très grand nombre de cas, inconsciemment et avec les meilleures intentions du monde des fabricants de chroniques. On nous aurait hué, sans doute, et c'eût été tant mieux, car mieux valent la colère et l'indignation que l'indifférence dans laquelle nous sommes plongés. La question eût été, dans tous les cas, nettement posée et l'attention appelée sur une réforme à notre avis urgente. Ce que nous n'avons pu dire nous l'écrivons, trop heureux si nous parvenions à secouer les torpeurs et à éveiller dans les esprits quelques doutes sur l'efficacité de nos maisons et de nos méthodes de traitement, aujourd'hui condamnées presque partout. Petit à petit, une fois l'éveil donné, la vérité finira bien par s'imposer à tous comme elle a fini par s'imposer à nous-mêmes. Il y faudra peut-être du temps ; nous saurons attendre, car nous avons la prétention, mais malheureusement avec le talent en moins, de faire de l'assistance comme Berlioz faisait de la musique, pour la génération qui viendra. C'est grand

dommage, en vérité, que le distingué médecin en chef de la Préfecture de police n'ait pas été à même, par la nature même des fonctions qu'il exerce et qui ne lui permettent pas de garder les malades, d'expérimenter le système; esprit droit et sincère, il en serait vite devenu le partisan, et la réforme que nous désirons ardemment eût été grandement hâtée d'avoir pour elle l'autorité qui s'attache à son nom et à ses remarquables travaux.

Douc, puisque nous sommes réduit à nos faibles forces, redoublons d'ardeur et continuons le bon combat; crions sus à nos asiles tels qu'ils sont construits et à l'isolement tel que nous le pratiquons, nous avons pour armes les résultats acquis déjà par nos voisins d'outre-Manche et d'outre-Rhin que nous avons laissés nous devancer dans la voie du progrès, résultats qui ne sauraient laisser aucun doute sur l'excellence de la nouvelle méthode d'hospitalisation et de traitement des aliénés. Nous pouvons d'autant plus la vanter que nous n'en sommes pas les inventeurs; en la louant, ce n'est pas l'éloge de nos idées que nous étalons. Elle est si contraire, cette méthode, à tout ce qu'on nous a enseigné, elle heurte si violemment nos préjugés et nos traditions, que tout d'abord elle nous apparut une dangereuse chimère; mais, heureusement, nous nous souvîmes que les contemporains de Galilée, habitués à croire et à répéter que le soleil tournait autour de la terre, traitèrent ce génie de fou quand il vint leur dire que la vérité était tout le contraire de ce qu'ils croyaient, et nous pensâmes qu'en matière de science les faits seuls étaient à invoquer. Et alors nous appliquâmes la nouvelle méthode dans toute la mesure qui nous était permise par la disposition des milieux dans lesquels nous opérons. Nous avons exposé, il y a quelques mois, ici même, ce que nous avons tenté et ce que nous avons obtenu dans ce sens, et nous avons déclaré que nos propres constatations avaient pleinement confirmé les assertions de nos collègues étrangers. Qu'il nous soit permis de revenir une fois encore sur ce sujet d'une importance si capitale, dont tout le monde semble, hélas! se désintéresser parmi nous, en insistant, cette fois, plus particulièrement sur les dispositions à adopter désormais dans l'organisation

matérielle de nos établissements, que nous avons seulement indiquées en quelques lignes dans notre précédent mémoire, sur l'*Open door*.

I. Depuis la réforme de Pinel, deux principes ont présidé à la construction des asiles d'aliénés. Le premier, c'est que ceux-ci étaient des malades et que, par conséquent, les établissements destinés à les recevoir devaient être des hôpitaux ; le second, c'est qu'ils étaient des malades d'une espèce particulière pour lesquels il était nécessaire d'associer l'isolement à l'hospitalisation, car ils étaient dangereux, et aussi parce que seule la séparation du reste du monde était susceptible de les guérir. Et alors on leur édifia des maisons bien closes, avec de hauts murs, confortables et hygiéniques sans doute, mais sans vue sur le dehors, vrais cloîtres où ne parvenait aucun bruit de l'extérieur, afin de préserver le cerveau blessé de toute émotion, comme on protège contre toute secousse un membre fracturé. Et ces murailles extérieures ne furent pas jugées suffisantes, le contact de l'aliéné lui-même fut estimé nuisible à l'aliéné, et aux hautes murailles extérieures on ajouta de hautes murailles intérieures pour séparer les diverses catégories de malades les unes des autres. La vue du préau des quartiers, des murs et des bâtiments qui les limitaient, fut tout l'horizon de l'isolé. C'est là, dans cet espace étroit, séparé des siens et de ses amis, loin du monde, que la raison devait lui revenir.

Vite on s'aperçut qu'un tel système était meurtrier à l'esprit. Dans cet isolement complet, le malade livré entièrement à lui-même, sans aucune distraction, rumina son délire qui, loin de s'atténuer par cette retraite, se fortifiait. On comprit tout de suite qu'il fallait le sortir le plus souvent possible de ces quartiers enmurés et l'occuper, l'occuper surtout au grand air, à des travaux physiques qui, en absorbant toutes les forces vives de l'organisme, laissaient le cerveau se reposer et fatiguaient le corps, mais on ne renonça pas pour cela au principe de l'isolement. Si on annexa aux asiles des terrains de culture et si on les munit d'ateliers, on ne sacrifia pas une pierre ni des murs extérieurs, ni même des

murs intérieurs ; on clôtura terrains de culture aussi bien qu'ateliers et, rentré du travail, l'aliéné se retrouvait dans les mêmes quartiers emmurés. Tel est l'asile de Marseille, construit par Aubanel d'après les idées de Parchappe ; tel fut l'asile de Toulouse, construit par Marchant d'après les idées de Briere de Boismont. N'importe, c'était déjà un grand progrès, un premier pas vers la liberté ; Ferrus et Parchappe, qui le réalisèrent, ont droit à toute la reconnaissance des aliénés.

Avec les murs intérieurs en saut de loup, un autre progrès se trouva obtenu par les efforts persistants de Lanier et de M. Bourneville. La muraille extérieure resta debout comme la barrière infranchissable qui isolait l'aliéné du monde, mais du moins les murailles intérieures furent dissimulées dans le sol et un nouveau pas fait vers la libération. Des quartiers on eut la vue, non d'un mur nu et triste, mais des jardins de l'établissement. Et il fallut encore des années et des années avant qu'on songeât à appliquer aux murs extérieurs ce qui avait été réalisé pour les murs intérieurs, à donner aux malades la vue du dehors comme on leur avait donné la vue du dedans. Et cette dernière réforme, appliquée à l'asile d'Evrenx et de Saint-Yon, n'est même pas encore admise chez nous à titre définitif, puisque dans le dernier établissement construit en France, celui d'Amiens, il suffisait de l'adopter pour offrir aux regards un panorama admirable et on ne l'a pas fait. C'est que nous restons toujours convaincus de la nécessité d'isoler l'aliéné, de le séparer du reste du monde. Nous avons fini par nous convaincre des bienfaits du travail dans les ateliers et surtout dans les champs, des habitations gaies avec vue sur la campagne, voire même des distractions accordées aux malades ; mais nous n'avons pu nous débarrasser encore de cette idée fausse que l'aliéné pour guérir doit vivre à part, d'une vie autre que la vie de tous. Nous persistons toujours à confondre l'isolement avec le changement de milieu, celui-ci aussi utile que celui-là est nuisible. En conséquence, dans les asiles que nous construisons encore aujourd'hui, si nous acceptons d'y avoir une exploitation agricole et des ateliers, de donner des quartiers, par des sauts de loup, la vue des jardins de l'établissement, nous entonnons celui-ci

de hautes murailles et nous disposons les habitations de telle façon que grâce à leur symétrie et à leurs galeries couvertes, tout de suite on se sent dans un hôpital, mi-partie caserne et mi-partie prison.

Eh bien, je ne crains pas d'avancer qu'un tel établissement est, pour un très grand nombre de malades, une fabrique d'incurables, bien loin d'être l'instrument de guérison que réclamait Esquirol ; car si tout ce que nos grands maîtres ont écrit sur le changement de milieu est vrai, tout ce qu'ils ont écrit sur l'isolement est faux. La preuve ? Mais je la trouve tout de suite dans ce que je viens de dire, dans tout le bien qu'on a retiré de l'autorisation accordée aux aliénés d'aller et de venir à travers l'établissement, de reprendre en partie la vie d'autrefois en s'adonnant de nouveau aux travaux de jadis, au métier qui le nourrissait lui et sa famille ; je la trouve dans le sant de loup qui, à défaut de la liberté, en procurant l'illusion de celle-ci, ont guéri un grand nombre de sujets qui, placés dans les asiles d'autrefois, seraient devenus des chroniques ; je la trouve dans ce fait qui découle des progrès réalisés, que tous ces progrès ont été non pas un perfectionnement de cet isolement réputé si salubre, mais son abandon, un acheminement vers la liberté et la vie commune. S'il était vrai que l'aliéné dût être séparé du reste du monde et vivre d'une vie spéciale, mais il se serait mal trouvé de toutes ces choses ; au contraire, plus on a diminué son isolement, mieux il s'est trouvé, c'est donc que cet isolement lui est fatal.

Les faits n'auraient-ils pas encore parlé, que la réflexion suffirait à montrer l'erreur dans laquelle on est tombé en plaçant nos malades entre quatre murs, en les cloîtrant et en leur imposant une existence de reclus. Au fond de tout aliéné, a dit Guislain, avec une grande clairvoyance clinique, il y a un mélancolique, le maniaque le plus gai est un triste qui s'étourdit. Et c'est très exact. Toutes les folies ne sont que des lypémanies ; le paralytique général lui-même, ce fou heureux entre tous, pleure plus souvent qu'il ne rit. N'est-ce pas dès lors accroître cette tristesse, convaincre celui-ci qu'il est un indigne, celui-là qu'il est une victime, que d'enfermer l'un et l'autre, de les mettre dans un milieu

spécial complètement différent de leur milieu habituel, de leur enlever toute initiative pour les forcer à une obéissance passive, pire que celle de la caserne, parce qu'elle est plus continue? Certainement oui, car pour être fous ils n'en sont pas moins hommes. Tout dans un asile doit tendre au contraire à chasser la tristesse et à apporter la gaieté et, de même que la joyeuse musique de David dissipait la mélancolie de Saül, tout l'entourage de l'aliéné, ce qu'il voit comme ce qu'il entend, doit avoir le même but. Il faut écarter de sa route les cailloux et les ronces, l'idéal serait qu'il marchât sur un chemin de roses. Au lieu de cela, que faisons-nous? Cet infortuné, qu'une immense douleur morale torture, qui voit partout et en tous des ennemis, qui se croit coupable et que la vie dégoûte, nous le plaçons entre des murs, nous *l'isolons* selon le charmant euphémisme employé et nous sommes convaincus que cette espèce d'emprisonnement, cette rupture de toutes relations affectueuses, cet abandon des siens, sont les meilleurs moyens d'apaiser sa douleur et de le convaincre qu'il n'a autour de lui que des amis, qu'il est digne de toutes les estime et que la vie est bonne! Allons donc!

Ainsi la nouvelle méthode d'hospitalisation des aliénés, celle que nous serions si heureux de voir appliquée chez nous, part-elle, pour la construction des asiles, de principes absolument opposés à ceux qui jusqu'ici nous ont guidés. Le premier de ces principes est la suppression de la séquestration; la nouvelle méthode rend à l'aliéné toute sa liberté; rien dans le milieu où il se trouve ne lui rappelle qu'il est un être anormal, pour le moment retranché du reste de la société. En apparence, il est complètement libre. En conséquence, dans les lieux qu'il habite, tous les murs sont supprimés, il n'y a ni murailles extérieures ni murailles intérieures. Mais cela ne suffit pas, il faut encore qu'il puisse aller et venir à sa guise, entrer et sortir de chez lui quand bon lui semble, et pour ce, de même qu'il n'y a pas de murs, il n'y a pas de serrures; c'est l'*asile aux portes et aux fenêtres ouvertes*, c'est l'*open door*. On conviendra qu'un tel établissement diffère un peu de ceux que nous construisons à grands frais et desquels

on a pu dire très justement, que le fonctionnaire le plus important était le concierge.

Cet aliéné qui se croit libre, qui va et vient, sort et entre quand bon lui semble, qui n'aperçoit autour de lui aucune entrave gênant sa liberté, l'est-il en réalité? Peut-il à son gré mal faire? Pas le moins du monde, car à chaque instant, sans qu'il s'en doute, il est l'objet d'une surveillance occulte, ses moindres actes et ses moindres paroles sont vus et écoutés; on a supprimé les murs et les serrures, mais on les a remplacés par un personnel qui jour et nuit veille. Il y a là, comme dans toutes les agglomérations humaines soucieuses de leur sécurité et de leur tranquillité, des policemen diurnes et des policemen nocturnes. Toute sa vie le malade en a coudoyé, quelquefois même il a eu maille à partir avec eux; ce qui lui paraîtrait drôle, en France surtout, serait de ne pas en rencontrer. La présence de ces gardiens, loin donc de l'offusquer, lui paraît naturelle et le rassure.

Et ce serait une erreur de croire trop fréquentes les évasions dans ces conditions d'absolue liberté. Cela paraîtra paradoxal, mais elles seront peut-être moins fréquentes là que dans les asiles fermés où les murailles sont assez hautes pour apporter l'impression de la captivité et pas assez pour ne point être escaladées. Ici tout invite l'aliéné à fuir, tandis que, dans les établissements que nous préconisons, il n'a pas à soupirer après la liberté; il l'a. D'ailleurs j'ai été à même d'acquiescer à cet égard une certaine expérience depuis bientôt huit ans que je laisse le plus possible mes malades libres de leurs mouvements; or j'ai pu me convaincre que le meilleur moyen d'empêcher les évasions était d'ouvrir grandes les portes. Dans mon service, ceux qui se sauvent ne sont pas les aliénés employés dans la campagne qui n'est pas clôturée, Ville-Evrard ayant cette chance exceptionnelle en France de n'avoir pas de murs extérieurs, mais les malades utilisés dans les bâtiments de l'asile qui, eux, sont clôturés, soit dans les bureaux, soit dans les services généraux, soit au service intérieur. J'ai déjà eu occasion de rapporter ce fait intéressant et significatif qu'au champ d'épuration, où sont occupés les 150 épileptiques du grand service de

convulsifs que j'ai organisé dans ma division, les évasions sont devenues beaucoup plus fréquentes depuis qu'on a clôturé ce champ d'une haie vive pour soustraire les atteints à la vue des gens passant sur la grande route qui le longe. En 1895, sur un mouvement de 1,222 malades traités et composés en majorité d'épileptiques et d'alcooliques très évadeurs, il y a eu à Ville-Evrard, qui n'est pas clôturé extérieurement et où, comme on sait, j'applique la méthode de la plus grande liberté, 31 évasions, soit la proportion de 2.5 p. 100. En 1896, sur un mouvement depuis le 1^{er} janvier jusqu'au 1^{er} septembre de 1,129 malades traités, seulement 28 ont pris la clef des champs, soit également la proportion p. 100 de 2.5. Or nous voyons qu'à Villejuif, ce type accompli de l'asile d'après les données en honneur, hôpital mi-partie caserne et mi-partie prison, où les murailles sont hautes et les serrures solides, en un an, sur 1,392 aliénés traités et composés surtout de paralytiques et de ramollis, incapables de se sauver, 49 se sont évadés, soit la proportion de 3.6 p. 100. La démonstration nous paraît complète, d'autant plus que beaucoup de nos évasions, un bon quart, n'en sont pas à vrai dire. Les délinquants, en effet, n'ont pas voulu se sauver, ils se sont seulement octroyés une journée de congé pour aller embrasser leurs enfants et leur femme, que le manque d'argent empêche de venir, ou encore, poussés par la jalousie et l'inquiétude conjugales, pour s'assurer de la conduite de celle-ci ; leur désir satisfait ou leurs doutes calmés, ils reviennent le soir ou le lendemain, soit seuls, soit accompagnés de leur famille.

Cependant je reconnais volontiers que ce système d'entière liberté, de l'asile aux portes et aux fenêtres ouvertes, l'*Open door*, n'est pas applicable à tous les aliénés sans exception. Il en est parmi eux de très dangereux, qu'on ne saurait laisser circuler sans danger pour la sécurité d'autrui ; il en est aussi qui sont agités et qui, libres de leurs mouvements, gêneraient les autres et troubleraient leur tranquillité. Ceux-là, de toute nécessité, doivent être maintenus dans leurs quartiers. Mais ils constituent la minorité ; parmi les malades enfermés dans un asile, il n'y en a guère plus de 30 p. 100 qui soient dans ce cas, les 70 p. 100 restant étant capables,

sous la surveillance occulte dont nous avons parlé plus haut, de jouir de la liberté. C'est donc déjà de notre part une très grosse erreur de construire tout l'asile sur le même type, en partant de ce principe erroné que tout aliéné est un être dangereux qui doit être séquestré ; la vérité est que l'établissement doit comporter deux parties, comme les malades se divisent en deux catégories : une partie, la plus importante, aux portes et aux fenêtres ouvertes ; une petite partie, aux portes et aux fenêtres fermées, car, ainsi que le remarque M. Sérieux, il est illogique, en même temps qu'inhumain, à cause de 30 p. 100 de sujets qui ne sauraient jouir de la liberté, d'en priver les 70 p. 100 qui eux sont en état d'en profiter.

Mais même pour ces 30 p. 100 de malades dangereux ou agités, la nouvelle méthode répudie toute disposition rappelant par trop la prison ; c'est ainsi que, même dans ces quartiers fermés, elle interdit les grillages aux fenêtres et les murs, fussent-ils en sant de loup. Une grille élégante et solide autour du préau, comme dans les villas, et des serrures aux portes, tels sont les seuls moyens de contrainte qu'elle tolère pour maintenir les aliénés violents et turbulents. Et c'est, en effet, parfaitement suffisant. La muraille cachée dans le sol ne gêne pas la vue, mais elle a quelque chose de trop spécial ; la grille au contraire, tout en laissant, elle aussi, le regard s'étendre sur la campagne, rapproche davantage le quartier de l'habitation ordinaire.

Au médecin, il appartient de désigner parmi les aliénés de son service ceux qui sont capables de bénéficier des quartiers aux portes et aux fenêtres ouvertes et ceux qui seront maintenus dans les sections fermées et, par là, la nouvelle méthode accroit, cela n'est pas contestable, dans des proportions vraiment effrayantes, la responsabilité médicale. Laisser dans un service d'aliénés la liberté absolue à 60 ou 70 p. 100 des malades soignés, est une grosse décision qui nécessite une connaissance approfondie de chaque sujet, de son caractère, de ses tendances, de tout ce dont il est capable ou incapable. Aussi serait-il bien difficile dans nos vastes sections de sept cents places, où nous traitons jusqu'à douze cents et quatorze cents aliénés dans l'année, de mener à bien une

telle œuvre ; de petits services de trois cents malades paraissent indispensables au succès de la méthode, à laquelle on sera redevable encore de bien des remerciements si elle contribuait à ne nous faire confier qu'un nombre d'aliénés que nous puissions traiter individuellement et non en masse. Pourtant, dans ma division de Ville-Evrard, où je reçois par an au moins six cents malades et où le nombre des traités dans l'année n'est jamais inférieur à douze cents, j'ai réussi, depuis huit ans, sans aucun accident, à laisser à mes aliénés, dans la proportion de 50 à 60 p. 100, une liberté des plus grandes. Ce succès, je le dois en grande partie, c'est justice de le proclamer, à mon surveillant en chef Fouques qui, sur ce point, me seconde admirablement par une étude suivie et une connaissance parfaite de tous les aliénés du service. Cette lourde responsabilité, que le médecin est obligé d'assumer avec la nouvelle méthode, n'entravera pas, j'en suis certain, son expansion, tout au contraire. Le jour où, sous l'impulsion de Ferrus et de Parchappe, on a organisé le travail et construit des ateliers, grosse également est devenue la responsabilité médicale par le choix à effectuer des aliénés auxquels on confiait des instruments de travail susceptibles de devenir entre leurs mains des armes meurtrières. Néanmoins tous, sans une hésitation, pour le bien du malade, se sont dévoués à cette œuvre de guérison et tous les jours, dans nos sections d'hommes, nous envoyons, dans le but de les soulager par l'occupation, des aliénés en grand nombre à la cordonnerie, à la serrurerie, à la forge, à la menuiserie ; aliénés que nous allons visiter chaque matin, au milieu même de leurs travaux et avec lesquels nous cansons, tandis qu'ils ont en main le tranchet ou le marteau. Il en sera de même pour l'application de la méthode par l'asile sans murs, aux portes et aux fenêtres ouvertes. Dès que la conviction aura pénétré dans les esprits, sans regret des murailles et des serrures qui supprimaient le sonci et débarrassaient de toute responsabilité, ce sera à qui donnera la plus grande liberté à un plus grand nombre de malades, comme aujourd'hui c'est à qui enverra dans les champs et les ateliers une plus forte proportion de travailleurs.

Mais malheureusement il ne suffira peut-être pas de

vouloir pour pouvoir ; il y a fort à redouter que nous n'ayons à lutter, à de rares exceptions près, un peu partout, même dans les centres les plus éclairés, contre l'esprit de routine et de misonéisme, contre surtout l'horreur de toute innovation susceptible de troubler la quiétude. Dans notre pays, la devise sacramentelle de prédilection n'est-elle pas : *Point d'histoire*? Or, il n'est pas contestable que la nouvelle méthode de liberté expose bien davantage à en avoir que celle de l'isolement rigoureux. Il faut donc s'attendre à ce qu'on invoque victorieusement ce néfaste règlement du service intérieur des Asiles du 20 mars 1857, tant qu'il ne sera pas abrogé, pour exiger le *bouclage* de l'aliéné, bouclage qui assure le repos. On opposera à l'émancipation du malade la vigoureuse résistance qu'on organisa jadis contre Pinel quand il voulut enlever ses chaînes et, contre Ferrus et Parchappe, quand ils lui mirent entre ses mains les instruments de travail. Pour réaliser ces deux réformes, il fallut passer sur le corps d'un peu tout le monde. On criera à qui plus fort, comme on a crié alors, que nous perdons les asiles et que nous allons déchaîner toutes les calamités. Il importe de prévoir ces cris et cette opposition pour ne pas s'en étonner et ne pas se décourager. Avec de la prudence et de la persévérance, nous arriverons à délivrer l'aliéné de son hôpital-prison comme nos pères sont arrivés à le délivrer de ses fers et à le transformer en travailleur. D'ailleurs, si nous sommes certains d'avoir contre nous la presque totalité des administrations locales, nous sommes plus certains encore de trouver aide et appui dans l'Administration supérieure, dans l'éminent Directeur de l'Hygiène et de l'Assistance publiques au ministère de l'Intérieur, dans M. Henri Monod, esprit large et cœur généreux qui a déjà tant réalisé pour le bien des aliénés et qui, en implantant ici la méthode de liberté, méritera que son nom soit associé à ceux des trois plus illustres bienfaiteurs de ces infortunés malades.

Un second principe qui, d'après les données nouvelles, a autant d'importance que celui de la liberté dont nous venons de nous occuper et doit présider de concert avec lui à la construction des asiles, est que les dispositions intérieures de ces établissements n'aient aucun cachet

spécial, rien qui indique le caractère particulier des habitants, mais au contraire l'aspect d'habitations ordinaires. En conséquence, plus de galeries couvertes ni d'arrangements symétriques, plus de constructions massives ni d'agglomération centrale des services généraux. L'asile devient ainsi un milieu quelconque qui n'apparaît plus ni comme un hôpital, ni comme une caserne, moins encore comme un lieu de séquestration et d'isolement. Le visiteur le parcourra sans que l'agencement des bâtiments lui apprenne où il est. Il ne verra que de petites villas légères semblables à toutes les villas, les unes à un étage et les autres à rez-de-chaussée, car chacune d'elles ne contiendra jamais plus de quarante à cinquante malades. Dans deux mémoires publiés en 1895 par les *Archives de Neurologie*, j'ai étudié en détail quels devaient être les caractères communs de toutes ces villas-quartiers et leurs caractères spéciaux, selon qu'elles étaient destinées à recevoir des agités, des semi-agités, des malpropres, des suicidiques, des tranquilles ou des aliénés atteints de maladies incidentes, et j'ai montré par quels artifices de construction on parvenait, même à l'intérieur, à leur donner un certain air de demeure de bons bourgeois ; de même, dans un autre travail publié à la même époque par les *Annales d'Hygiène publique*, j'ai longuement insisté sur l'évolution de l'hospitalisation des aliénés depuis la réforme de Pinel jusqu'à nos jours. Je me borne donc ici à ces indications générales, renvoyant pour les détails à ces trois mémoires. Il suffit, pour le but que je poursuis aujourd'hui, d'indiquer la modification profonde apportée par la nouvelle méthode dans la construction des asiles qui cessent d'être des établissements spéciaux pour se rapprocher complètement de toute autre agglomération humaine.

Conformément à ce principe, les villas-quartiers constituant l'asile, sont ou bien semées sans ordre dans un vaste parc ou disposées de façon à former un village. Jusqu'ici, à l'étranger, c'est la première disposition qui a prévalu et, à mon avis, c'est une erreur, du moins pour l'hospitalisation des indigents. Il est indispensable, dit la méthode, que l'aliéné vive à l'asile de sa vie ordinaire, afin qu'il n'ait que la sensation d'un changement de ré-

sidence, seule chose nécessaire à sa guérison, et on le met dans un beau parc! C'est une contradiction absolue. Depuis quand les indigents vivent-ils dans des parcs? Non seulement il n'anra pas là sa vie habituelle, idéal à poursuivre, mais il y contractera des habitudes de luxe et de confortable qui ne seront plus à sa portée après sa sortie. On oublie trop qu'il n'est pas bon que le malade dans les asiles trouve un bien-être trop disproportionné avec celui dont il jouira dehors. En conséquence, que les maisons de santé destinées à la classe riche soient constituées par de coquettes villas, à l'ombre des arbres séculaires d'un parc magnifique, villas semées au hasard du terrain, de-ci de-là, tel le ravissant établissement du D^r Falret, à Vanves, je l'approuve, mais je condamne radicalement un tel système pour des indigents.

La seule disposition qui convienne à cette catégorie d'aliénés est la disposition en village. Dans un article publié en 1894 par la *Tribune médicale*, au moment où le Conseil général mettait au concours les plans et devis du cinquième asile de la Seine, j'ai essayé, sans réussir d'ailleurs, de faire rompre avec les errements passés et de pousser les architectes concurrents dans la nouvelle voie. Le projet que je leur soumis dans ce travail et dont je vais résumer les grandes lignes, n'était pourtant pas bien compliqué, c'est peut-être pour cela qu'ils n'en ont pas voulu, sans compter le misonéisme habituel de ces honorables artistes. Il était basé sur les deux choses qu'on trouve d'habitude dans toutes les agglomérations humaines de nos jours : une place publique et des boulevards. Sur cette place publique, on accédait par une large avenue le long de laquelle se trouvaient les logements des fonctionnaires et des employés ; autour d'elle, dans des habitations séparées, les bâtiments d'administration, les divers services généraux et les ateliers avec leurs enseignes et leurs insignes, comme dans tous les villages ; au milieu, un square avec fontaine ou jet d'eau. De cette place partaient de grands boulevards le long desquelles étaient situées, de distance en distance, séparées les unes des autres par des jardins, les villas-quartiers. Et je disais qu'un étranger arrivant dans cet asile, aurait en à ce point l'illusion d'une ville ordinaire, illusion accrue par la vue des tramways assurant le service,

qu'il serait entré chez le cordonnier ou le tailleur pour se commander des effets et qu'il aurait sonné à une des villas pour demander à la louer, comme il se serait rendu au café pour se rafraîchir ; car sur la place publique, il y avait, bien entendu, ainsi qu'il est d'usage dans tout milieu civilisé, un café-billard et un bureau de tabac, seulement il n'aurait trouvé à boire que des boissons non alcooliques. On a prétendu qu'un tel projet coûterait des sommes folles, pour le moins le double des quatre millions mis par le département de la Seine à la disposition des concurrents. C'est inexact : dans les asiles de la nouvelle méthode, il y a l'économie des murs extérieurs et intérieurs, des sauts de loup et des galeries couvertes ; ensuite des villas légères coûtent moins que les quartiers massifs de nos asiles actuels. D'ailleurs M. Sérieux nous apprend que l'asile d'Alt-Scherbitz, construit d'après les idées nouvelles pour 840 malades, a absorbé 2,150,000 francs, ce qui met le lit au prix de 2,550 francs, inférieur de beaucoup au prix de revient dans nos établissements mi-partie caserne et mi-partie prison. Il est une seule chose qui soit plus coûteuse, c'est le terrain ; il est évident qu'il en faut bien davantage pour construire un village qu'un hôpital, mais cet excédent de dépense peut se solder précisément avec les économies réalisées dans la construction des quartiers.

Quoi qu'il en soit, la question de l'asile sans murs extérieurs ni intérieurs, aux portes et aux fenêtres ouvertes, de l'*Open door*, est, en ce moment, en matière d'internement des aliénés, la préoccupation dominante. C'est la grande actualité de l'instant. A l'étranger, on en est déjà à la période des actes, puisque M. Sérieux, envoyé en mission l'an dernier en Suisse et en Allemagne, nous apprend, dans le très intéressant ouvrage où il a consigné ses observations, qu'il a visité des établissements de ce genre à Alt-Scherbitz (Prusse), à Gabersée (Bavière), à Wnhlgarten (Berlin). De ces asiles nouveau modèle, on en construit un peu partout, en Russie et en Suède, en Norwège et en Hollande et jusqu'en Amérique. Eh bien ! le croirait-on, de ce grand mouvement qui transforme les asiles autour de nous, de cette modification profonde de l'internement des aliénés et la négation même des idées qui jusqu'ici y ont présidé, il n'a pas été dit un

mot, pas un seul mot au Congrès de Nancy ! Est-ce ignorance de ce qui se passe hors de notre pays, est-ce indifférence ? Je ne sais. Et pourtant, au dixième chapitre de son rapport, M. Garnier étudie les conditions que doit réunir un asile. Nous n'aurions pas, dit-il, l'espace autant mesuré, que ce serait bien le lieu de se demander si nos établissements, tels qu'ils sont organisés aujourd'hui, répondent d'une manière bien précise à leur destination d'asiles de traitement. Et le distingué médecin en chef du Dépôt de la Préfecture de police se borne à constater que les idées qui ont présidé à la construction et à l'installation des établissements spéciaux se sont ressentis trop longtemps de la préoccupation dominante, sinon exclusive, de tenir les aliénés *étroitement* et *solidement* enfermés et à signaler que sous l'impulsion des médecins, on tend enfin à renoncer à ces lourds et intimidants édifices auxquels l'internement empruntait vraiment un air d'incarcération. Que M. Garnier me permette de lui reprocher de n'avoir pas saisi cette occasion si propice d'appeler tout particulièrement l'attention des aliénistes français sur le grand mouvement de réforme qui s'accroît de plus en plus à l'étranger et de provoquer sur ce point un grand débat.

Ce que le savant rapporteur n'avait pas fait, personne ne l'a fait au Congrès de Nancy. Pour la millième fois, on a ressassé ces questions vieilles de trente ans, sur lesquelles tout a été dit et redit, des asiles spéciaux pour aliénés criminels, de la division en maison de traitement et maison d'incurables, de l'utilité des placements rapides, de l'inutilité d'un double certificat médical, des avantages du placement volontaire, des inconvénients de l'envoi des aliénés dans les violons ou les hospices, des désavantages des grands services, toutes choses fort intéressantes et fort utiles, sans doute, mais sur lesquelles si les convictions ne sont pas établies, elles ne le seront jamais, et qu'il est dès lors parfaitement inutile de discuter. Avec l'asile aux portes et aux fenêtres ouvertes, on rajennissait cette vieille question de l'internement des aliénés. On avait là un problème neuf, d'une grande actualité et d'un intérêt palpitant, sur lequel, en France, en dehors des écrits de M. Sérioux et des miens, rien n'a été publié, dont on a tenté seulement l'applica-

tion partielle à Ville-Evrard. Une discussion sur ce sujet, eût été d'une grande utilité ; car à défaut de faits expérimentaux, elle aurait montré *l'état d'âme* des aliénistes français sur ce point, l'accueil qu'ils étaient disposés à accorder à cette innovation. On ne l'a pas voulu. Pourquoi ? Est-ce une fois encore par ignorance de la grande réforme qui a déjà fourni hors de chez nous des résultats appréciables ? J'hésite à le penser : par indifférence ? Plutôt ; car nous qu'on représente comme des révolutionnaires ardents, nous sommes, en matière administrative, tout au moins, les êtres les plus routiniers du monde ; en ces parties, l'innovation nous épouvante, nous aimons bien recommencer demain la même besogne qu'aujourd'hui et repasser chaque jour par les mêmes chemins. C'est cette indifférence, à notre avis, coupable, dont le Congrès de Nancy nous a apporté la preuve évidente, qui explique les longs développements dans lesquels nous avons cru devoir entrer pour bien montrer l'importance de la transformation des asiles entreprise à l'étranger, en quoi elle consistait, et tâcher d'intéresser à elle tous nos collègues dont le concours est indispensable à son implantation dans notre pays.

II. — Dans le numéro de janvier 1896 de ce journal, j'ai longuement exposé l'hygiène morale de la nouvelle méthode qui ne se contente pas de changer de tout au tout les dispositions matérielles de nos établissements, mais qui aussi modifie profondément nos méthodes de traitement. M. Garnier en a voulu toucher un mot dans son rapport et je l'en remercie, je regrette toutefois qu'il ait limité son exposé aux seules visites à volonté. La méthode, dans son genre, forme un *bloc* ; d'elle il faut tout prendre ou rien. Dans un asile fermé et bâti d'après l'ancien système, où par crainte d'accident, le médecin n'organiserait pas le travail sur les bases les plus larges, avec 50 ou 60 p. 100 de ses clients ; où les parents n'auraient pas la facilité de collationner avec leurs malades et de les amener villégiaturer au dehors, où les aliénés seraient astreints à n'écrire qu'à heures et à jours fixes sur du papier mesuré avec soin ; où il n'y aurait ni sorties provisoires ni congés prolongés ; où seraient encore en hon-

neur les punitions sous les formes variées de douche horizontale et verticale, de bains prolongés de quatre à six heures avec convercles et d'isolement en cellules ; où régnerait une discipline inflexible, dans un tel asile, les visites à volonté des parents seraient une contradiction. M. Garnier a parlé d'elles, parce que, sans doute, ainsi que je le prévoyais, dans mon mémoire, elles sont ce qui heurte le plus violemment nos traditions en matière de thérapeutique des aliénés. Elles sont, le remarque avec raison le savant aliéniste de la Préfecture de police, en opposition absolue avec les enseignements de tous les maîtres de la médecine mentale qui les proscrivaient complètement dans les phases aiguës de toute affection mentale et, le plus souvent aussi, tout à fait au début de la période d'internement. J'ai en pour maître un chef de service très distingué, le dernier des internes d'Esquirol, le Dr Marchant, qui ne voulait les permettre, lui, qu'à la convalescence et encore avec précaution !

Cette erreur de nos maîtres se comprend ; elle était la conséquence forcée de leur méthode qui, elle aussi, formait un bloc, et était basée sur la nécessité, pour obtenir la guérison, d'un isolement rigoureux, d'une séparation du reste du monde et d'une existence minutieusement réglée à l'aide d'une forte discipline. Ils interdisaient les visites comme ils élevaient des murs, comme ils douchaient les récalcitrants et comme ils camisolaient les agités. Nous avons fait justice des murailles, des douches de punitions et des camisoles ; c'est donc que tout n'était pas parfait dans leur système que nous ayons dû le condamner sur ces points. Eh bien ! qu'on en soit convaincu, il en est de l'interdiction des visites, comme des murs et des châtiments ; ici, comme là, nos maîtres ont erré. Certes, les aliénés leur sont redevables, à ces grands aliénistes, de beaucoup de choses utiles et ils ont enrichi la science de données précieuses. Mais ils étaient hommes et comme tels, plus d'une fois, ils se sont trompés. Sachons séparer le bon grain de l'ivraie ; gardons précieusement les vérités qu'ils ont trouvées, elles sont assez nombreuses et leur gloire est assez grande pour qu'ils n'aient pas à souffrir des erreurs qu'ils ont pu commettre, mais ne persévérons pas dans celles-ci parce qu'elles sont leur œuvre.

Je suis entré dans trop de détails ici-même, en janvier 1896, pour avoir besoin d'insister à nouveau bien longuement sur l'hygiène morale de la nouvelle méthode ; il suffira de la résumer brièvement ; point n'est nécessaire de recourir ici aux développements que nous avons donnés à la question des asiles que nous n'avions pas traité dans notre précédent mémoire. Toute la liberté compatible avec l'état mental du malade, tel doit être, désormais, le principe fondamental du traitement moral jusqu'ici, au contraire, basé sur l'isolement. Dans ce but, la première chose à organiser sur les bases les plus larges est le travail, travail en plein air, dans des champs non clôturés ou dans des ateliers ouverts, sans que les préposés aux divers travaux aient le droit par eux-mêmes de renvoyer les travailleurs dans leurs quartiers. Pour obtenir le maximum d'occupés, six choses sont nécessaires. Tout d'abord, une action incessante du médecin sur ses malades pour les décider à se mettre à l'ouvrage qui sera la condition *sine qua non* de la sortie. En second lieu, une visite médicale quotidienne des ateliers et des chantiers, afin d'encourager les travaux par l'intérêt qu'on y porte et vérifier aussi la tenue des aliénés, chose indispensable pour éviter les accidents. Ensuite, une liberté graduée de circulation accordée aux ouvriers, d'autant plus grande qu'ils se trouvent plus tranquilles et travaillent mieux, mesure utile pour développer l'émulation. Puis, un régime alimentaire spécial, proportionné au travail effectué. En cinquième lieu, en rapport également avec l'ouvrage abattu, un pécule qui sera entièrement à la disposition du malade et sur lequel, *dès la première semaine*, il aura la faculté d'opérer un prélèvement. Enfin, les promenades à l'extérieur et les congés, l'appât le plus précieux. Après l'organisation du travail sur la base que je viens d'indiquer viennent les visites à volonté, sans fixation ni de durée, ni de jour, ni d'heure, et quel que soit le malade ; à lui seul appartient le droit de les refuser. Avec cette liberté de visiter, il importe également d'autoriser l'importation de fruits et de gâteaux, la collation ; toutefois, les boissons alcooliques seront prohibées, tout au plus permettra-t-on l'eau rougie et la petite bière. Comme corollaire indispensable, liberté

absolue d'écrire avec plumes, crayons, papier et encre mis constamment à la disposition des malades. Liberté, tout aussi absolue, d'aller villégiaturer au dehors avec la famille, à la condition que l'aliéné soit ramené par ceux qui l'ont pris et jamais renvoyé seul. Enfin, la suppression de toute punition complète le système; l'unique sanction étant la réduction de la liberté accordée, le passage des villas aux portes et fenêtres ouvertes dans les villas fermées. Je le répète, cette hygiène est applicable dans toutes ses dispositions, à 60 ou 70 p. 100 des aliénés traités dans nos services. Pour les autres, une seule est à supprimer, la liberté de circulation. Telle est, résumée en quelques lignes, la nouvelle hospitalisation des aliénés.

Eh bien ! j'espérais que, grâce au passage que M. Garnier avait eu l'amabilité de consacrer, dans son rapport, à l'expérience tentée dans mon service, à Ville-Evrard, la question des visites à volonté aurait été sérieusement discutée au Congrès de Nancy et qu'ainsi un côté, tout au moins, de l'*Open door* serait examiné. Il n'en a rien été. Décidément, il n'y a pas à se le dissimuler, les aliénistes français se désintéressent complètement de la réforme qui passionne si fort nos divers voisins. Seul, M. Rouby a abordé ce point et il y a lieu de se féliciter de son intervention. M. Garnier, dans son rapport, disait qu'il était permis de se demander si le bon ordre, indispensable dans un asile, n'était pas profondément troublé par une liberté aussi absolue et si de graves accidents n'étaient pas à redouter dans ce contact, très fréquemment répété et très peu surveillé, des malades avec leurs parents et il ajoutait, que je comprendrais que, malgré mon enthousiasme pour la nouvelle méthode qui constitue, comme je l'ai écrit, toute une révolution, ou hésitât quelque peu à m'imiter ; il concluait en laissant à l'avenir le soin de la juger. M. Rouby a été bien plus catégorique. S'il ne va pas aussi loin que nous, il va beaucoup plus loin que ne le comporte la tradition, et sa méthode eût été hautement réprouvée par les maîtres qui ont fondé celle-ci. En effet, M. Rouby pose en principe que, sauf quelques rares exceptions concernant des maniaques aigus, on peut entourer les malades de tout le confortable et de tout le luxe dont ils jouissent dans

leur famille ; de plus, qu'on peut permettre aux parents *de vivre avec leurs aliénés des journées entières et de les faire sortir au dehors de la maison*. Ce distingué confrère pense qu'il y a, toutefois, une exception à faire pour certains hallucinés qui réclament résolument leur sortie et qu'il ne faut pas laisser voir trop souvent, parce que le départ des visiteurs amène des scènes d'exaspération et de violence et l'exacerbation des symptômes de folie. Au lieu d'admettre, comme nous, les visites à volonté pour tous, M. Rouby les admet pour presque tous. Nous sommes donc bien près d'être du même avis. En somme, sa manière de voir est la condamnation de l'ancienne formule qui se trouve même complètement renversée : pour nos anciens, l'interdiction de visite était la règle, la visite l'exception ; avec M. Rouby c'est, au contraire, la visite qui devient la règle et l'interdiction l'exception.

Nous avons, par conséquent, lieu de nous féliciter que le seul congressiste qui ait traité un des côtés de l'*Open door* ait été si avant dans notre sens ; mais nous avons, par malheur, lieu également d'interpréter le silence des autres comme une opposition sourde à la nouvelle méthode. Elle est si commode l'ancienne, si bien ancrée dans nos habitudes et nous sommes de nature si peu innovateurs. Laissons au temps, comme l'a demandé M. Garnier, le soin d'opérer son œuvre. Quant aux inquiétudes du médecin de la Préfecture de police relativement au désordre et aux accidents qu'est susceptible d'entraîner l'*Open door*, je ne lui répondrai pas par ce qui se passe à l'étranger, il aurait le droit d'invoquer à juste titre la différence des milieux et des mœurs, mais dans mon service, depuis huit ans ; j'affirme que, non seulement la plus extrême liberté est compatible avec le bon ordre et la discipline, mais qui mieux est, qu'elle assure davantage l'un et l'autre. Les malades, en effet, sont à la fois reconnaissants du bien qu'on cherche à leur procurer, et fiers de jouir d'une pareille confiance, ils mettent une sorte de point d'honneur à s'en montrer dignes et tel qui, entre les murs du quartier, était frondeur et insubordonné, devient obéissant et travailleur dès qu'on lui en ouvre les portes. Est-ce à dire que, si, jusqu'ici, nous n'avons eu aucun accident au peu

grave à déplorer, nous n'en aurons jamais. Certes non, mais que prouveraient contre la méthode un, deux et même trois accidents? Est-ce que tout dernièrement, dans un asile fermé, où les visites à volonté ne sont nullement autorisées, un aliéné n'a pas trouvé le moyen, pendant le parloir, d'assassiner sa femme à coups de couteau? La malheureuse entrée dans cet établissement aux hautes murailles et où les visiteurs sont surveillés de près et bien gardés, en sortait morte une heure après. Tout en déplorant ce regrettable malheur, je n'ai pu m'empêcher de me réjouir de ce qu'il ne s'était pas produit dans mon service. On n'eût pas manqué de s'en faire une arme terrible contre l'*Open door* et sûrement l'administration, quelque large et généreuse qu'elle soit, s'en serait émue et aurait cru, à juste titre, de son devoir d'apporter de sérieuses entraves à l'expérience que je poursuis. Ce meurtre, en plein asile, commis par un malade sur la personne de son épouse, qui eût occasionné un bruit de tous les diables s'il avait été perpétré à Ville-Evrard, a passé à peu près inaperçu; ayant en pour théâtre un asile fermé, à discipline sévère, il a semblé presque naturel! Ainsi va le monde, et nous n'aurons, certes, pas la sotte prétention de chercher à l'arrêter dans sa marche; nous limiterons notre ambition à lutter et à avoir foi dans l'avenir.

De ce qui précède nous tirerons les quatre conclusions suivantes :

I. — Les asiles d'aliénés, tels qu'ils sont actuellement construits, hôpitaux mi-partie caserne et mi-partie prison, sont, pour un très grand nombre d'aliénés, avec leurs dispositions symétriques, leurs sauts de loup, leurs galeries couvertes, leurs constructions massives, leur agglomération centrale des services généraux, leurs murailles extérieures et intérieures, des fabriques d'incarcérables.

II. — En appliquant l'hygiène de l'isolement avec interdiction de visites, de collation et de villégiature, difficultés d'écrire, absence de sorties provisoires, discipline sévère et châtiments, nous sommes, dans un très grand nombre de cas, inconsciemment et avec les

meilleures intentions du monde, des fabricants de chroniques.

III. — L'asile, pour répondre au vœu d'Esquirol et devenir par lui-même le principal instrument de guérison, doit être sans murs à l'extérieur et à l'intérieur, formé de villas aux portes et aux fenêtres ouvertes pour 60 à 70 p. 100 des aliénés et fermées simplement par une grille élégante et une serrure pour les 30 à 40 p. 100 des autres malades, villas disposées sous forme de village avec place publique entourée de tous les corps de métiers, d'un café-billard abstinient et d'un bureau de tabac et avec de grands boulevards sillonnés par des tramways qui assurent le service.

IV. — À l'hygiène de l'isolement, pour obtenir la guérison dans cet asile aux portes et aux fenêtres ouvertes, il faut substituer l'hygiène de la liberté avec visites à volonté sans fixation de durée, de jour, ni d'heure, collation au dedans, villégiature au dehors, facilité absolue d'écrire, sorties provisoires de quelques jours à deux et quatre semaines, travail largement développé, non restreint aussi absolu que possible pour les agités et les dangereux, discipline douce avec la seule restriction de la liberté comme sanction.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 29 JUIN 1896

Présidence de M. CHARPENTIER.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Serge Soukhanoff, sollicitant le titre de membre associé étranger. — Commission : MM. Febvre, Paul Garnier et Roubinovitch, rapporteur ;

2° Une lettre du ministère de l'instruction publique relative au 35^e Congrès des sociétés savantes.

La correspondance imprimée comprend :

1° Le n° 5 de la *Rivista di studi psichici* ;

2° Le n° 2 de la *Gazette du manicomio de Macerata*.

Il est déclaré une vacance de membre titulaire de la Société médico-psychologique.

Variétés cliniques du délire de persécution (suite).

M. FALRET. — Messieurs, dans la séance du 1^{er} juin de la Société médico-psychologique, après avoir fait l'historique rapide de l'étude du délire de persécution depuis Lasègue jusqu'à nos jours, j'ai soumis à votre examen plusieurs questions relatives à cette étude, comme programme d'une discussion provoquée par moi sur les *variétés cliniques du délire de persécution*. — Aujourd'hui, Messieurs, pour compléter cet exposé, je vais entrer moi-même dans l'examen rapide de ces

diverses questions, et chercher par cet exposé à attirer la controverse sur ce sujet qui me paraît un des plus importants à aborder dans notre spécialité. — Je vais d'abord passer en revue, aussi brièvement que possible, les huit questions que j'ai soumises à votre examen. J'étudierai ensuite plus spécialement les deux variétés aujourd'hui les plus contestées du délire de persécution et je terminerai par quelques généralités sur la théorie des dégénérescences, appliquée à la classification des variétés des maladies mentales.

I. — *Examen des questions soumises à la Société pour l'étude des variétés du délire de persécution.*

1° *Hérédité.* — En se basant sur l'hérédité pour établir une distinction fondamentale entre le délire chronique et le délire des dégénérés, M. Magnan me semble avoir affirmé un fait contraire à la véritable observation clinique. Quand on étudie en effet attentivement l'histoire des familles des persécutés à évolution systématique, ou délirants chroniques de M. Magnan, on découvre, très fréquemment, chez les ascendants ou les collatéraux de ces malades, des preuves incontestables de maladies nerveuses ou mentales, et de plus, ces persécutés eux-mêmes présentent très souvent, contrairement à l'opinion de M. Magnan, des stigmates incontestables d'hérédité morbide. Cela est tellement vrai que plusieurs auteurs allemands, et en particulier Krafft-Ebing et Schüle, ont fait figurer, dans leurs traités, les persécutés, c'est-à-dire les malades atteints de paranoïa chronique, parmi les dégénérés ou les aliénés appartenant à la grande classe des dégénérescences. Il suffira, je crois, de soumettre de nouveau à une observation clinique sérieuse un grand nombre de persécutés, étudiés dans les asiles ou dans leurs familles, pour se convaincre de cette vérité, que les vrais persécutés à évolution systématique, ou délirants chroniques de M. Magnan, présentent, très souvent, des stigmates de dégénérescence, ou des tares héréditaires, au même titre que les persécutés dégénérés de M. Magnan et que, par conséquent, le fait de l'hérédité nerveuse ou mentale, plus ou moins accumulée dans une famille, ne peut pas servir

de critérium clinique pour distinguer les persécutés classiques des persécutés dits dégénérés.

2° *Hallucinations de l'ouïe*. — De l'aveu de tous les auteurs, les hallucinations de l'ouïe jouent un rôle très important dans l'histoire des délires de persécution. Et d'abord, dans la distinction que j'ai établie entre les persécutés raisonnants et les persécutés à évolution systématique, je me suis basé surtout sur ce fait clinique que les premiers ne présentaient jamais d'hallucinations de l'ouïe, tandis que les autres en ont toujours ou presque toujours.

Mais ces hallucinations de l'ouïe, si constantes dans le délire de persécution-type, existent-elles dès le début de la maladie? sont-elles, comme le croient certains auteurs, le vrai point de départ de la maladie, le délire dérivant de l'hallucination de l'ouïe? ou bien, au contraire, comme je le crois, ainsi que M. Magnan et ses élèves, sont-elles un signe de la seconde période, se perpétuant et se développant ensuite de plus en plus dans les périodes ultérieures? Toutes ces questions cliniques ont une véritable importance et c'est un des points sur lesquels on pourra surtout se baser pour établir des variétés de délire de persécution, mieux délimitées que celles que nous possédons aujourd'hui.

Je ne puis entrer aujourd'hui dans l'étude des diverses formes et des divers degrés de l'hallucination de l'ouïe dans le délire de persécution, qui mériterait de grands développements.

Je dois me borner à dire que le mode d'évolution des hallucinations de l'ouïe dans la variété-type du délire de persécution me paraît aussi caractéristique que le mode d'évolution de la maladie elle-même, avec ses quatre périodes classiques.

La première période du délire de persécution à évolution systématique consiste en général dans les interprétations délirantes des malades sur les divers faits qui se passent autour d'eux dans le monde extérieur. Ils voient, en passant, dans les rues ou dans les maisons voisines, des personnes qui causent entre elles, et ils s'imaginent que les gestes, les signes ou les paroles, qui ne les concernent en rien, sont de véritables allusions aux idées qui les préoccupent eux-mêmes, ou

leur sont directement adressés. Ils croient alors qu'on parle d'eux et ils interprètent faussement les mots qu'ils entendent réellement comme des injures ou des paroles grossières qui leur seraient adressées.

De là à l'hallucination de l'ouïe, il n'y a qu'un pas à franchir et les malades le franchissent plus ou moins rapidement, selon les cas. C'est un travail lent, mais incessant, de l'esprit sur lui-même, intéressant à suivre pas à pas pour l'observateur, que cette transformation successive de paroles réellement prononcées en hallucinations véritables de l'ouïe, créées de toutes pièces par le cerveau malade, mais en relation constante avec les préoccupations habituelles de l'aliéné. C'est le cas où jamais d'appliquer à la génération psychologique de l'hallucination de l'ouïe la formule générale de Lélut, de *la transformation de la pensée en sensation*.

Quoi qu'il en soit de cette génération psychologique de l'hallucination de l'ouïe, procédant peu à peu de la conception ou de l'interprétation délirante, l'apparition de l'hallucination dans le délire de persécution classique marque le passage de la première à la seconde période.

A partir de ce moment, l'hallucination de l'ouïe dans le délire de persécution présente successivement trois périodes de développement.

Dans la première période, les malades croient entendre des mots isolés ou des phrases très courtes. Ce sont en général des mots grossiers ou des paroles injurieuses qu'ils entendent brusquement prononcer autour d'eux, venant du voisinage ou attribués par eux aux personnes présentes, ce qui les porte fréquemment à répliquer par une injure ou même par un acte violent.

Cette première période de l'hallucination de l'ouïe dure souvent très longtemps.

Peu à peu, et souvent très lentement, ces voix se transforment en phrases toujours les mêmes, répétées plus ou moins fréquemment, se reproduisant surtout avec intensité au moment des paroxysmes, et, à mesure que les malades passent à la chronicité et à la systématisation du délire, ces hallucinations de l'ouïe se compliquent de plus en plus et aboutissent enfin à la conversation mentale et même au dédoublement de la personnalité. A cette période chronique les malades entendent alors

plusieurs, voix disant des choses différentes, se répondant l'une à l'autre, des voix bonnes et mauvaises conseillères, la voix de Dieu et la voix du diable, etc. Ils éprouvent alors le phénomène de la double voix, de l'écho ou de la répercussion de la pensée; ils font à la fois les demandes et les réponses et arrivent ainsi au monologue ou au dialogue intérieur; c'est à cette période aussi qu'ils disent que tout le monde connaît ce qu'ils pensent, qu'on leur vole leurs idées, qu'on les répète au dehors et qu'ils ne sont plus maîtres de leurs pensées. Enfin, souvent aussi, ils éprouvent des hallucinations psychiques de Baillarger, ou des hallucinations psychomotrices, qui quelquefois semblent venir de l'épigastre ou de diverses parties du corps. Et ces voix ne leur disent pas alors seulement des injures, mais quelquefois aussi des choses agréables, ou ce qu'ils appellent *des bêtises*, qui les font rire, des paroles obscènes qu'il n'osent pas répéter, ou même des choses auxquelles ils n'ont jamais songé, ou des paroles qu'ils ne comprennent pas, quelquefois même en langue étrangère, enfin des mots n'ayant absolument aucun sens.

Tous ces degrés successifs de l'hallucination de l'ouïe ont été souvent notés par les auteurs et cités dans des observations particulières; mais ils n'ont pas été encore suffisamment systématisés et mis en rapport avec les diverses périodes, aiguës ou chroniques, du délire de persécution et ils mériteraient, selon moi, d'être mieux étudiés cliniquement, pour servir à la distinction et à la délimitation plus scientifique des diverses variétés du délire de persécution.

3° *Hallucinations de la sensibilité générale et hallucinations génitales.* — Les hallucinations de la sensibilité générale sont très fréquentes dans les délires de persécution; elles sont, avec les hallucinations de l'ouïe, un des phénomènes les plus caractéristiques de cette forme de maladie mentale. Mais on n'est pas d'accord sur leur degré de fréquence et surtout sur l'époque habituelle de leur apparition.

Lorsque j'ai établi autrefois les quatre périodes du délire de persécution, je les avais signalées comme survenant surtout à la troisième période; mais elles existent aussi bien à la seconde qu'à la troisième période,

et dans les cas qui débutent par des symptômes hypochondriaques, elles se montrent dès la première période et elles peuvent même être observées dès le début de la maladie, comme point de départ des idées délirantes.

C'est là un point de l'étude des délires de persécution à élucider par l'observation clinique et qui peut devenir un des éléments importants pour établir des variétés distinctes. Il en est de même des hallucinations génitales qui sont très fréquentes chez la femme et même chez l'homme. Elles peuvent souvent passer inaperçues, parce que les malades ont honte de les avouer et n'osent pas en décrire les divers détails ; mais plus on observe ces malades, plus on découvre qu'elles sont fréquentes et mêmes habituelles. On a beaucoup discuté la question de leurs rapports avec le délire des grandeurs, les uns affirmant qu'elles coexistaient souvent avec lui et les autres disant, au contraire, qu'elles étaient incompatibles ; mais ce point d'observation clinique est encore controversé. Dans tous les cas, l'étude de leurs rapports avec les autres phénomènes du délire pourrait conduire à établir des distinctions entre les diverses variétés de délire de persécution.

4° *Hallucinations de la vue.* — Lasègue et moi, nous avons affirmé plusieurs fois devant la Société que les hallucinations de la vue n'existaient *jamais* dans le véritable délire de persécution et que toutes les fois que l'on constatait, chez des aliénés, des hallucinations de la vue alliées à des idées de persécution, on devait en conclure que ces idées de persécution se rattachaient à une autre forme de maladie mentale et, par exemple, à l'alcoolisme, à l'hystérie, à l'épilepsie ou à une autre affection cérébrale ou toxique.

Depuis cette époque, on a cité quelques exemples, rares, il est vrai, d'hallucinations de la vue qui ont paru liées au délire de persécution vrai, arrivé à la période chronique et l'on ne peut pas nier, d'une manière absolue, qu'il existe quelques cas très rares de ce genre.

Mais avant d'admettre ces faits comme démontrés, il faut d'abord commencer par éliminer toutes les causes d'erreur qui peuvent exister sous ce rapport. Et d'abord, on confond souvent, chez des persécutés, des illusions de la vue ou des interprétations délirantes avec de véri-

tables hallucinations. Beaucoup de persécutés, en effet, interprètent dans le sens de leur délire, tous les faits extérieurs dont ils sont témoins et ils les transforment ainsi en vertu de leurs conceptions délirantes. Ils nous diront, par exemple, qu'ils ont vu telle ou telle personne, que l'on sait pertinemment avoir été absente au moment dont ils parlent ; mais ils ont réellement vu une personne qu'ils ont prise à tort pour la personne en question, et ils ont eu par conséquent une simple illusion de la vue ou une interprétation délirante d'une sensation vraie et non une hallucination de la vue. C'est là la cause d'erreur la plus habituelle, qui fait croire à tort à l'existence d'hallucinations de la vue chez les persécutés.

Mais il est encore une autre cause d'erreur également très fréquente.

Chez un certain nombre de persécutés, surtout aux périodes chroniques de la maladie, au milieu d'hallucinations très nombreuses de l'ouïe, de la sensibilité générale, du goût et de l'odorat, il se produit de temps en temps des perceptions subjectives de la vue, des lumières, des cercles de feu, des fantômes, etc., que l'on prend facilement pour des hallucinations de la vue ; mais en étudiant avec soin ces phénomènes visuels, on s'aperçoit facilement qu'ils se passent dans la rétine, dans le nerf optique, etc., qu'ils sont, en réalité, des phénomènes d'origine périphérique et non de véritables hallucinations de la vue, de véritables visions, comme il s'en produit dans d'autres formes de maladies mentales et surtout dans les délires mystiques, hystériques, épileptiques ou dans d'autres affections cérébrales organiques ou toxiques.

Ces perceptions subjectives sont des sensations lumineuses, des illusions sensorielles, et il peut alors se produire deux résultats différents provenant de ces sensations périphériques. Ou bien les malades les rattachent à leur délire de persécution et croient que leurs ennemis leur font éprouver ces sensations pour leur faire du mal, leur nuire ou les faire souffrir, ou bien, dans d'autres cas fréquents, malgré le degré avancé de la maladie, les aliénés persécutés ne sont pas dupes de ces sensations visuelles ; ils sentent très bien qu'elles se passent en dehors de leur moi et qu'elles n'ont pas de réalité exté-

rieure. Ils jugent très sagement la non réalité de ces sensations, ne sont pas victimes de l'illusion, et sont bien loin de croire à la réalité extérieure de ces sensations, comme ils croient à l'existence réelle des voix qu'ils entendent.

5° *Délire des grandeurs*. — La question de la valeur et de la fréquence du délire des grandeurs dans le délire de persécution a été très discutée dans notre Société et dans les travaux récents. Nous n'avons donc pas à y insister ici ; mais elle constitue un élément important pour la délimitation des diverses variétés du délire de persécution.

Le délire des grandeurs est-il rare, très fréquent, ou même constant à la troisième ou à la quatrième période du délire de persécution ? Les opinions sont très partagées à ce sujet. Il y a une dizaine d'années, nous croyions tous à son existence, dans un certain nombre de cas ; mais nous ne le croyions pas aussi fréquent que nous l'admettons aujourd'hui. Plus on observe attentivement ces malades, plus on découvre en effet chez eux l'existence du délire des grandeurs, alors que l'on ne la soupçonnait pas au premier abord. Cela tient surtout à la dissimulation des malades, à la honte qu'ils éprouvent à avouer ce délire, parce qu'il leur paraît plus difficile à faire accepter comme vrai par les interlocuteurs que les idées de persécution, qu'ils affichent au contraire volontiers, surtout vis-à-vis des personnes qu'ils voient pour la première fois, parce qu'ils espèrent trouver en elles plus facilement l'acceptation de la vérité des faits qu'ils affirment, tandis que dans les asiles, ils les dissimulent très fréquemment aux médecins, craignant que l'aveu de leur délire ne s'oppose à leur mise en liberté. L'excellente thèse de M. le Dr Lachaux, sur la dissimulation du délire des grandeurs dans le délire de persécution, couronnée il y a deux ans par notre Société, nous a prouvé, une fois de plus, combien ce délire est souvent dissimulé par les persécutés, en nous indiquant plusieurs moyens ingénieux pour en découvrir l'existence.

Mais de ce que ce délire existe plus souvent qu'on ne le croyait autrefois, s'ensuit-il qu'on doive admettre, avec M. Magnan et ses élèves, qu'il existe toujours, dans le délire chronique de persécution, à une époque quel-

conque de sa durée; que, pour le constater, il suffise d'attendre son apparition jusqu'à un âge très avancé des malades et que lorsqu'on ne le constate pas, c'est que l'on n'avait pas affaire à un véritable délire chronique, puisque la coexistence de ces deux éléments, délire de persécution et délire des grandeurs, serait indispensable pour le constituer à l'état de variété spéciale? Mais raisonner ainsi, c'est faire un véritable cercle vicieux, semblable à celui que font certains médecins relativement à l'incubité de la méningite des enfants! Si le malade guérit, dit-on, c'est que l'on avait fait une erreur de diagnostic et que l'on n'avait pas affaire à une vraie méningite! De même, disent M. Magnan et ses élèves, si le délire des grandeurs ne se produit pas chez les délirants chroniques, à une époque quelconque de leur existence, c'est qu'il n'étaient pas atteints du vrai délire chronique, et dans ces cas, il faudrait alors attendre la mort des malades pour pouvoir se prononcer définitivement sur le diagnostic de leur maladie.

Nous ne pouvons admettre ce raisonnement et nous concluons que le délire des grandeurs, plus fréquent qu'on ne le croyait encore il y a quelques années, dans le vrai délire de persécution, est loin cependant d'être constant, n'est pas un élément indispensable pour le constituer, n'efface pas le délire de persécution, comme le dit M. Magnan, quand il se produit, et que les idées de persécution, avec leur mode d'évolution systématique, sont la véritable base sur laquelle on doit faire reposer cette variété spéciale de maladie mentale.

6° *Période dite de démence.* — Le délire de persécution à évolution systématique, ou délire chronique de M. Magnan, arrivé à la dernière période, avec ou sans délire des grandeurs, s'accompagne toujours d'un degré plus ou moins prononcé d'affaiblissement intellectuel; mais cet état mental mérite-t-il réellement le nom de démence, comme le prétendent M. Magnan et ses élèves? Je ne le crois pas. Le mot de Démence, s'il doit être conservé dans la science, ne doit s'appliquer qu'à un affaiblissement très prononcé de la mémoire et de toutes les facultés intellectuelles, analogue à celui que l'on observe dans les affections organiques du cerveau, avec incohérence du langage et désordre

complet des idées exprimées par les malades. Or, l'état mental des persécutés chroniques est bien loin de répondre à cette définition, même quand ils sont arrivés à un âge avancé. Dans tous les asiles d'aliénés, il existe en effet des persécutés chroniques, dont le délire de persécution est très complexe, très stéréotypé et accompagné de très nombreuses hallucinations de tous les sens, excepté de la vue, et souvent d'idées de grandeur très caractérisées, qui ont conservé néanmoins un degré très évident d'activité intellectuelle et qu'il est impossible de considérer comme des déments. Ces malades, malgré la complexité de leur délire chronique et la multiplicité de leurs idées délirantes et de leurs hallucinations, ont encore toutes les apparences du délire partiel et sont capables, en dehors de leurs idées délirantes prédominantes, d'entrer en conversation sur les sujets étrangers à leur délire, d'une manière suivie et raisonnable. Ils peuvent encore s'intéresser aux faits de la vie réelle, comme les gens sains d'esprit et entrer en relation avec les personnes qui les entourent, en causant avec elles des sujets les plus différents de science, de littérature, de politique ou de toutes les choses dont ils entendent parler autour d'eux. On ne peut donc pas dire que ces persécutés chroniques sont en état de démence, et il faut même les soumettre à une observation attentive pour constater chez eux un certain degré d'affaiblissement intellectuel, dû à l'ancienneté de leur maladie ou souvent à leur âge avancé. Il existe, il est vrai, quelques persécutés, arrivés à cette dernière période, qui présentent des signes évidents de démence et qui offrent une véritable incohérence dans leur langage ; mais ce sont là des cas exceptionnels, et l'on ne peut pas admettre, en thèse générale, que la grande majorité des persécutés chroniques, observés dans les asiles d'aliénés, ou dans leurs familles et dans la société, arrivent à une véritable période de démence et méritent réellement le nom de déments.

7° *Modes divers d'évolution des délires de persécution.*

— La diversité des délires de persécution n'existe pas seulement dans les symptômes physiques et moraux qui peuvent permettre d'établir entre eux des distinctions cliniques importantes, mais elle existe surtout dans les

modes divers d'évolution de tous ces symptômes, pendant toute la vie des malades qui en sont atteints. Pour le délire de persécution essentiel et classique, le mode d'évolution systématique des quatre périodes successives est généralement admis aujourd'hui, avec de simples différences individuelles secondaires; mais les diversités d'évolution sont bien plus grandes entre cette variété classique aujourd'hui reconnue, et l'évolution des autres variétés encore mal connues ou qui restent à découvrir. M. Magnan, dans ses leçons cliniques, admet qu'il n'existe que deux variétés d'évolution des délires de persécution, l'une régulière avec ses quatre périodes bien décrites, qui est celle du délire chronique ou du délire à évolution systématique, et l'autre qui est absolument irrégulière et qui est celle du délire des dégénérés. Mais avouer qu'une espèce ou une variété de maladie mentale n'est soumise à aucune règle dans l'évolution successive de ses divers symptômes, ce serait tout simplement avouer son ignorance et ce serait la négation même de toute science; car il n'y a de science réelle en médecine, comme dans toutes les sciences naturelles, qu'à la condition de connaître les lois qui président à la succession ou à l'évolution des divers phénomènes, lois générales applicables à tous les cas analogues, ou, du moins, au plus grand nombre d'entre eux, lois générales qui permettent de prévoir par la connaissance des faits passés ou actuels, la marche ultérieure de ceux qui surviendront dans l'avenir. La connaissance de la marche naturelle des maladies est la condition *sine qua non* de la constitution d'une espèce ou d'une variété de maladie quelconque et la seule base rationnelle du diagnostic et du pronostic de cette maladie, seule chose qui soit réellement utile à connaître pour le médecin praticien. Ce progrès de la médecine mentale est actuellement à peu près acquis pour la variété classique du délire de persécution à évolution systématique, dont les périodes successives sont aujourd'hui bien connues. Il n'existe parmi ces malades qu'une différence principale entre les individus qui en sont atteints, au point de vue de la rapidité ou de la lenteur plus ou moins grande, dans la succession des quatre périodes. Les uns, en effet, s'arrêtent plus ou moins longtemps à l'une ou à l'autre de ces périodes et

y restent stationnaires pendant un grand nombre d'années, tandis que les autres, au contraire, les parcourent avec une extrême rapidité, brûlent en quelque sorte les étapes, et arrivent, dans un temps relativement court, à la dernière période, après avoir traversé rapidement les périodes précédentes. Mais ce n'est pas là la seule différence importante qui existe dans le mode d'évolution des diverses variétés de délires de persécution, et c'est sur la connaissance plus exacte de ces divers modes d'évolution que l'on devra se baser à l'avenir pour établir l'existence de plusieurs variétés cliniques nouvelles, au lieu de se borner, comme M. Magnan et ses élèves, à admettre seulement deux variétés d'évolution, celle des délirants chroniques et celle des dégénérés, n'ayant aucune marche régulière et déterminée, et reposant sur cette base unique de n'être soumise à aucune loi, autre que celle du hasard ou de l'imprévu de chaque cas individuel.

8° *Modes divers de début des délires de persécution.* — Lorsqu'on recherche avec soin, rétrospectivement, les antécédents des persécutés pour savoir comment leur maladie a commencé, on ne tarde pas à s'apercevoir que le début est très différent selon les cas.

D'après mon observation personnelle, le début le plus fréquent de la maladie remonterait à l'époque de l'enfance ou de la puberté.

En questionnant avec attention les malades eux-mêmes, leurs familles ou les personnes qui ont vécu avec eux, on apprend le plus souvent que, dès leur enfance, ces malades ont eu un caractère sombre, sauvage et défiant. Ils vivaient à l'écart de leurs camarades, ne se mêlaient pas à leurs jeux, ni à leurs distractions, s'imaginaient toujours qu'on leur en voulait, ou qu'on se moquait d'eux, et pour ne pas se quereller à chaque instant, à propos des faits les plus insignifiants de la vie habituelle, ils se tenaient isolés et fuyaient la société de leurs semblables.

Ces traits de caractère appartiennent à presque tous les persécutés et s'exagèrent ordinairement, d'une manière très notable, à l'époque de la puberté. En entrant dans la vie, ces futurs malades se plaignent de tout et de tous. Ils se croient méconnus, jaloués et victimes

de tous ceux qui les entourent, et ils vivent de plus en plus en dehors de toutes les règles de la vie commune.

C'est sur ce terrain préalable des altérations du caractère que se forment peu à peu et très lentement les idées de persécution. Tout ce travail psychologique se passe alors entièrement dans le for intérieur des malades. C'est à peine si, de temps en temps, ces individus, concentrés en eux-mêmes et profondément dissimulés, laissent échapper quelques-unes de leurs préoccupations délirantes et font quelques fragments de confidences à certaines personnes de leur choix, en qui ils ont une confiance momentanée.

Ils avouent alors qu'ils croient que tout le monde leur en veut, qu'on se moque d'eux, qu'on les tourne en ridicule et qu'on cherche à leur nuire. Ils interprètent ainsi peu à peu contre eux-mêmes, les faits les plus simples de la vie habituelle, les gestes, les regards, les paroles les plus insignifiantes des personnes avec lesquelles ils vivent.

C'est là la période d'incubation, d'anxiété ou d'interprétation délirante qui commence, c'est-à-dire la première période de la maladie mentale, qui est habituellement très lente dans son développement et qui passe le plus souvent inaperçue, excepté du malade lui-même et de quelques personnes de son entourage.

Je n'ai pas à décrire ici avec détails l'évolution successive des périodes habituelles du délire de persécution classique, qui passe successivement et souvent très lentement de l'interprétation délirante vague à l'hallucination de l'ouïe, de plus en plus caractérisée et de plus en plus dominante et plus tard à une systématisation de plus en plus précisée, soit sous la forme impersonnelle d'ennemis inconnus, soit sous la forme d'influences collectives et occultes, soit enfin sous la forme d'une personification bien déterminée, qui devient l'objet de toutes les préoccupations du malade, l'objet unique de ses haines et de ses projets de vengeance, souvent mis à exécution, après une très longue attente et une très lente rumination du même délire.

Telle me paraît être le mode le plus habituel de début et de développement du délire de persécution classique à évolution systématique, qui parcourt ensuite, avec des

alternatives plus ou moins prolongées de paroxysmes et de rémissions, les diverses périodes aujourd'hui bien connues de son évolution, pendant toute la vie des individus qui en sont atteints.

Un second mode de début, bien moins fréquent, selon moi, que le précédent, mais qui existe néanmoins dans un certain nombre de cas, est celui qui avait été admis par Morel, comme le mode de début le plus habituel, puisque dans sa classification générale des maladies mentales, il avait considéré le délire de persécution comme une *transformation de l'hypochondrie* et l'avait fait figurer comme une des formes de la folie hypochondriaque. Il y a, en effet, quelques persécutés chez lesquels la maladie semble débiter par des phénomènes de nature hypochondriaque : douleurs nerveuses variées, neurasthénie, anesthésie ou hyperesthésie de diverses parties du corps, troubles de la digestion et des fonctions intestinales, préoccupations hypochondriaques relatives à la santé, sensations malades variées et pénibles, sur lesquelles viennent se greffer des troubles de la sensibilité générale, se transformant peu à peu en véritables hallucinations, ou en hallucinations génitales et en conceptions délirantes d'empoisonnement ou d'influences nuisibles à la santé, que les malades attribuent alors non à une maladie nerveuse, mais à des actions étrangères, exercées sur eux pour leur nuire, les rendre malades ou les faire mourir. De simples phénomènes nerveux de nature hypochondriaque se transforment ainsi, peu à peu, dans l'esprit des malades, en idées délirantes de persécution, qui s'accompagnent plus tard d'hallucinations de l'ouïe et de la sensibilité générale et passent ensuite successivement par les autres périodes du délire de persécution ordinaire.

Ce mode d'évolution du délire de persécution, qui était considéré par Morel comme le plus fréquent de tous, n'est pas admis, je crois, par M. Magnan, comme premier point de départ de son délire chronique ; mais ce début de la maladie existe réellement dans un certain nombre de cas et mérite d'être étudié avec plus de soin qu'il ne l'a été jusqu'à présent.

Le troisième mode de début du délire de persécution est celui qui était admis par Lasègue, comme le plus

fréquent et celui que notre honorable collègue, M. Magnan, considère comme le début unique de son délire chronique, par opposition au délire de persécution des dégénérés, je veux parler du début survenant *à l'âge adulte ou à l'âge critique* chez des individus jusque-là parfaitement sains d'esprit et ayant vécu de la vie normale de l'humanité.

Lasègue insistait surtout sur ce mode de début, fréquent, selon lui, du délire de persécution. Il me disait souvent qu'en fouillant bien dans le passé des persécutés, en remontant à l'origine première de leur délire, par l'interrogatoire minutieux du malade lui-même ou par les comptes rendus des parents ou des personnes qui avaient vécu avec eux d'une vie intime, on arrivait presque toujours à découvrir dans leur passé un moment précis, une époque bien déterminée et nettement précisée par les malades eux-mêmes, où à la suite d'un chagrin violent, d'une maladie grave, ou même d'un traumatisme cérébral, les malades s'étaient sentis subitement comme changés dans leur personnalité tout entière, dans leur caractère, leur humeur ou le cours habituel de leurs idées, pour entrer tout à coup comme dans une vie nouvelle, après avoir éprouvé comme une commotion morale, une confusion générale des idées, un trouble vague de leur intelligence, une sorte de *vertige mental ou d'ictus cérébral* plus ou moins subit, à la suite duquel les malades s'étaient trouvés comme totalement transformés. C'était, disait Lasègue, à la suite de cet accident cérébral rapide, dont les malades pouvaient souvent eux-mêmes préciser la date exacte, qu'avait commencé le délire de persécution, qui se développait ensuite successivement et plus ou moins rapidement, avec ses phases et ses périodes habituelles. M. Magnan admet également que le délire chronique de persécution débute habituellement à l'âge adulte, par une première période d'anxiété vague assez rapide, survenant chez des individus jusque-là sains d'esprit, n'ayant présenté auparavant aucun signe spécial de prédisposition, tandis que ceux dont la maladie remonte à l'enfance ou à l'époque de la puberté, appartiennent à la variété des persécutés dégénérés et non à celle des vrais délirants chroniques.

Pour ma part, j'admets aussi, comme tous les méde-

cins, ce début du délire de persécution à l'âge adulte et même à l'âge critique, surtout chez la femme ; mais je ne crois pas que ce mode de début soit le plus fréquent de tous et surtout qu'il survienne tout à coup chez des individus absolument sains d'esprit jusque-là, et sans qu'ils y aient été préparés de longue date, par un état de prédisposition héréditaire antérieure.

II. — Variétés cliniques du délire de persécution.

Je viens de passer successivement en revue les huit questions que j'ai soumises à l'examen de la Société, en faisant sur chacune d'elles plusieurs observations cliniques qui pourront permettre d'établir plus tard, par une étude plus attentive, des variétés cliniques plus naturelles et mieux délimitées que celles que nous possédons aujourd'hui. C'est dans le but d'arriver plus rapidement à ce résultat, selon moi très désirable, au point de vue du diagnostic et du pronostic de ces variétés de maladies mentales, que j'ai cru devoir soulever cette discussion et y apporter ma part d'observation personnelle.

Il me reste maintenant, pour compléter cette étude, à examiner rapidement les caractères cliniques qui permettent, dès à présent, de distinguer entre elles les diverses variétés de délire de persécution. Je ne parlerai pas ici des trois variétés déjà bien connues, que j'ai signalées dans mon discours précédent, à savoir : 1° *le délire de persécution à évolution systématique*, avec ses quatre périodes successives, ou délire chronique de M. Magnan ; 2° *le délire des persécutés raisonnants*, sans hallucinations, que j'ai étudié ailleurs et qui a fait l'objet de la thèse de l'un de mes élèves, M. le Dr Paul Pottier, et 3° *le délire de persécution des alcooliques*, aujourd'hui généralement admis par tous, avec ses caractères spéciaux que j'ai rapidement indiqués dans mon discours précédent.

Je n'insisterai donc pas aujourd'hui sur ces trois variétés généralement admises par tous, parce que cette étude m'entraînerait beaucoup trop loin et je me bornerai à examiner, d'une manière sommaire, deux variétés cliniques nouvelles, encore très discutables et sur lesquelles je désire appeler votre attention, je veux parler

de la variété des *mélancoliques avec idées de persécution* et de celle admise par notre honorable collègue M. Magnan et à laquelle il a donné le nom de variété des *persécutés dégénérés*.

1° *Mélancoliques avec idées de persécution, ou persécutés auto-accusateurs*. — Dans mon discours précédent, j'ai cherché à établir, aussi nettement que possible, les caractères cliniques qui permettent de distinguer les persécutés classiques à évolution systématique, des mélancoliques en général. Ces caractères distincts me paraissent généralement très exacts et sont très utiles dans la pratique pour distinguer ces deux catégories d'aliénés, si différentes au point de vue du diagnostic et du pronostic. Mais plus on observe attentivement les persécutés si nombreux que l'on rencontre dans les asiles d'aliénés, ou qui vivent en liberté dans la société, et plus on arrive à se convaincre qu'il existe un certain nombre de *Cas mixtes*, comme le disait Cotard, chez lesquels se trouvent réunis ces deux ordres de caractères symptomatiques. Ces cas mixtes, qui n'ont pas suffisamment attiré l'attention des observateurs, méritent d'être étudiés à part et de constituer une variété distincte de délire de persécution. M. Magnan lui-même, qui semble n'admettre en théorie que deux variétés de persécutés, les délirants chroniques et les persécutés dégénérés, inscrit souvent sur ses certificats la dénomination de *Mélancoliques avec idées de persécution*, qui semblent dès lors constituer, à ses yeux, une variété spéciale ne devant être confondue, ni avec les délirants chroniques, ni avec les dégénérés.

M. Séglas, dans ses leçons cliniques, a fait une étude intéressante de ces malades, sous le nom de persécutés auto-accusateurs, ou de *variété psycho-motrice* du délire de persécution, et plusieurs de nos collègues, parmi lesquels je citerai MM. Ballet, Roubinowitch, etc., en ont rapporté récemment plusieurs exemples très caractérisés. Il importe donc de rechercher en quoi ces mélancoliques persécutés diffèrent des persécutés classiques et de justifier ainsi la création d'une variété spéciale, sous le nom de *Variété mélancolique du délire de persécution*. Ces caractères distinctifs me paraissent être les suivants : 1° les mélancoliques, à idées de persécution, présentent

comme tous les mélancoliques, le fond de tristesse et de souffrance physique et morale qui sert de base à toutes leurs conceptions délirantes, tandis que les persécutés ordinaires sont, au contraire, actifs et expansifs, et, tout en étant préoccupés d'idées pénibles, sont tellement orgueilleux et sûrs de triompher de leurs ennemis et de s'en venger, qu'ils ne présentent pas le fond de tristesse des mélancoliques. Pour employer les termes de la classification d'Esquirol, les persécutés vrais sont des monomaniaques et non des lypémaniaques.

Ce qui distingue les mélancoliques à idées de persécution, à la fois des mélancoliques anxieux ordinaires et des persécutés classiques, c'est qu'ils réunissent en eux les caractères contraires de ces deux variétés, tantôt avec prédominance du type mélancolique et tantôt avec celle du persécuté. D'un côté, ils s'accusent eux-mêmes de crimes ou de forfaits imaginaires, se croient coupables et se reprochent des faits relatifs à leur passé ou se croient menacés des plus grands malheurs dans l'avenir, et, en même temps, ils s'imaginent être persécutés par des ennemis qui cherchent à leur nuire, à leur faire du mal ou à les faire mourir, eux et leur famille. Il est remarquable, en effet, que ces malades, qui se croient en même temps coupables et victimes d'ennemis inconnus, appliquent le plus souvent ces malheurs qu'ils redoutent aux membres de leur famille et à leurs enfants, autant qu'à eux-mêmes, ce qui est plus rare chez les vrais persécutés.

Chez ces malades, le délire de persécution reste presque toujours à l'état vague et se systématise rarement, sous la forme personnelle ou collective. Ils se croient persécutés par des ennemis imaginaires inconnus, qui leur font du mal, leur font *des misères* ou veulent leur nuire, à eux et à leur famille; mais ils n'arrivent pas, comme les vrais persécutés, à systématiser nettement leur délire, qui reste confondu et comme fusionné avec le délire mélancolique d'auto-accusation. Les hallucinations de l'ouïe se produisent plus rarement et plus lentement que dans le délire de persécution classique, et comme l'a très bien remarqué M. Séglas, elles sont plutôt à l'état d'hallucinations psychiques, ou psychomotrices, qu'à l'état d'hallucinations franchement sensorielles, comme

chez les persécutés ordinaires. A une période plus avancée de la maladie, ces hallucinations de l'ouïe représentent souvent des dialogues ou des échos de la pensée et conduisent facilement à la double voix et au doublement de la personnalité, comme l'a très bien observé M. Séglas. Elles peuvent, même, dans les cas extrêmes, amener les malades aux idées de possession, à la croyance à une personnalité étrangère dominant celle des malades et leur dictant toutes leurs pensées et tous leurs actes. Dans ces cas plus chroniques, les mélancoliques à idées de persécution tendent ainsi au délire de possession et même quelquefois au délire de négation, tandis que les vrais persécutés tendent au délire des grandeurs.

Ces aliénés peuvent quelquefois présenter des hallucinations de la vue, comme les mélancoliques, fait très rare chez les persécutés ordinaires, et ils peuvent également avoir des tendances au suicide, tandis que les persécutés sont bien plutôt portés à l'homicide et aux actes violents envers leurs persécuteurs.

Enfin, pour terminer cette description rapide, nous dirons que cette variété mélancolique diffère totalement de la variété type du délire de persécution par sa marche, puisqu'elle ne passe pas par les phases successives du délire de persécution à évolution systématique et, qu'au lieu d'être, comme lui, d'une nature rémittente et incurable, ce délire est, au contraire, susceptible de guérison, ou bien se reproduit d'une manière intermittente, plusieurs fois dans la vie, sous forme d'accès, comme chez les mélancoliques ordinaires. Ces caractères distinctifs que nous venons d'énumérer très rapidement ont donc une véritable importance, non seulement pour le diagnostic, mais surtout pour le pronostic, et ils nous paraissent suffisants pour justifier la création d'une variété nouvelle de persécutés auto-accusateurs, distincte de la variété aujourd'hui bien connue des persécutés à évolution systématique, ou délirants chroniques de M. Magnan.

2^e Variété des persécutés dégénérés admise par M. Magnan. — Notre honorable collègue, M. Magnan, après avoir fait reposer son délire chronique sur la double alliance, indispensable selon lui, du délire de persécution à évolution systématique et du délire de grandeurs, s'est bien vite aperçu, en véritable clinicien

qu'il est, que ce délire de persécution, si rigoureusement délimité, était bien loin de comprendre tous les cas de persécution observés par lui; que les cas de vrai délire chronique, conformes à sa description, étaient bien plus rares qu'il ne l'avait cru d'abord et que la très grande majorité des délires partiels de persécution étaient soumis à d'autres lois et à une autre évolution que celle assignée par lui d'une manière trop absolue à son délire chronique. C'est alors qu'entrant dans la voie que j'indique moi-même aujourd'hui, de chercher à découvrir plusieurs variétés de délire de persécution au lieu d'une seule, il eut l'idée ingénieuse d'appliquer à ces délires de persécution de marche inégale et différente de l'évolution classique, les lois générales établies par lui pour toutes les folies des dégénérés. Avec une véritable finesse d'observation clinique et une grande persévérance dans la poursuite du but qu'il s'était proposé, il est ainsi arrivé, dans ses leçons cliniques de l'asile Sainte-Anne, à décrire un délire de persécution des dégénérés, par opposition au délire de persécution à évolution systématique, ou délire chronique.

A-t-il réellement réussi, dans cette tentative, à créer une nouvelle variété vraiment naturelle de délire de persécution nettement délimitée et ayant une évolution bien déterminée? Je ne le pense pas, et je vais indiquer les motifs de mes doutes; mais je me fais un vrai plaisir de reconnaître qu'il a fait là une très louable tentative dans la voie où je cherche moi-même à m'engager aujourd'hui et je me plais à reconnaître qu'il a apporté dans cette étude une grande sagacité clinique et qu'il a tiré un parti très habile des faits soumis à son examen pour chercher à justifier cette nouvelle création. Voici en résumé les principaux caractères distinctifs qu'il assigne au délire de persécution des dégénérés, par opposition au délire chronique :

1° Ces malades dégénérés présentent les *stigmates physiques et psychiques* de la dégénérescence, tandis que les délirants chroniques ne les présentent pas.

2° Ces dégénérés, au lieu d'avoir une évolution régulière dans la succession de leurs délires, pendant toute la durée de leur existence, manifestent des *délires mobiles et polymorphes* et peuvent présenter, pendant tout le

cours de leur maladie, les délires les plus différents, souvent à intervalles très rapprochés, sous forme de *poussées délirantes*. En dehors de leur délire de persécution, ils peuvent avoir, par exemple, des idées de grandeur, des idées mystiques, des obsessions, de la dipsomanie, des impulsions à l'homicide, au vol, au suicide, des idées érotiques et passer ainsi successivement par les diverses formes de maladies mentales, rangées autrefois par l'école d'Esquirol sous le nom de monomanies.

3° *L'évolution* de leur maladie, au lieu d'être soumise à une progression systématique de symptômes et à une succession de périodes prévues à l'avance, comme chez les délirants chroniques, n'est régie par aucune loi régulière et absolue et peut présenter, au contraire, les plus grandes inégalités.

4° La *marche* des délires de persécution des dégénérés, comme celle de toutes les maladies mentales héréditaires, est soumise à la loi générale de l'*intermittence ou de la rémittence* ; par conséquent, malgré les apparences de gravité qu'elle peut revêtir pendant les accès, cette forme de maladie mentale est *susceptible de guérison*, contrairement au délire chronique, qui peut bien avoir des rémissions plus ou moins prolongées, mais qui ne guérit jamais.

5° Enfin, les persécutés dégénérés, comme les dégénérés en général, présentent tous un fond de *déséquilibre mental ou de débilité native* caractéristique, qui sert de base commune à toutes leurs idées délirantes, quelque variées qu'elles soient, qui est le fond même de leur maladie et sur lequel viennent se greffer successivement les délires les plus variés, d'une manière irrégulière et inattendue, sans que leur apparition puisse être soumise à aucune loi régulière et possible à prévoir.

Ce résumé rapide des principaux caractères sur lesquels s'appuie M. Magnan pour édifier son délire de persécution des dégénérés, par opposition à son délire chronique, suffira pour faire comprendre combien cette création nouvelle est encore incomplète et sujette à de sérieuses critiques. Nous nous bornerons aux observations suivantes.

Et d'abord, ces caractères sont beaucoup trop vagues

et trop compréhensifs. Ils s'appliquent, en réalité, à toutes les folies héréditaires, ou folies des dégénérés, au lieu d'être limités à la variété des délires de persécution en question.

De plus, l'observation clinique prouve, selon nous, que, dans la grande majorité des cas, le délire de persécution, même chez les dégénérés, est bien loin d'être aussi mobile et aussi polymorphe que le préteud M. Magnan, et que ces malades ne passent pas ainsi, pendant leur vie, par toutes les formes successives de maladies mentales et de délire partiel systématisé.

Les malades à obsession, par exemple, c'est-à-dire les aliénés à idées fixes avec conscience, ou les impulsifs, conservent habituellement leurs caractères propres pendant toute leur existence et n'alternent pas, en général, avec d'autres formes mentales.

C'est donc étendre outre mesure le délire de persécution dit des dégénérés que de confondre, sous une même dénomination et dans une même classe de malades, les persécutés avec les aliénés mystiques, les mégalomanes, les dipsomanes, les obsédés et tous les impulsifs. C'est créer un type d'aliénés beaucoup trop vaste et beaucoup trop étendu pour ne pas comporter de nombreuses distinctions secondaires.

Eufin, comme nous l'avons déjà dit précédemment, proclamer que cette forme nouvelle de maladie mentale n'est soumise, dans son évolution, à aucune loi positive et à aucune règle possible à prévoir, c'est par cela même nier son existence, car la marche prévue des maladies est la base essentielle, indispensable, pour constituer, avec un ensemble de symptômes physiques et moraux, une véritable forme naturelle de maladie mentale.

En résumé, les caractères assignés par M. Magnan à sa variété nouvelle de délire de persécution des dégénérés s'appliquent en réalité à toutes les folies des dégénérés en général et non à cette variété en particulier, et ils ne suffisent pas, par conséquent, pour la constituer scientifiquement à l'état de variété spéciale.

III. — *Théorie des dégénérescences.*

Ceci m'amène naturellement à exprimer ici, sous une forme rapide, mon opinion générale sur la théorie des dégénérescences, introduite par Morel dans notre science spéciale, exagérée encore par M. Magnan et ses élèves, et qui domine aujourd'hui la médecine mentale.

Plus que personne je suis partisan déclaré de l'influence prépondérante de l'hérédité nerveuse et mentale dans l'étiologie de la folie et de ses diverses variétés.

Non seulement j'admets, comme Pinel et Esquirol et leur école, que l'hérédité est la cause prédisposante la plus puissante de la plupart des formes des maladies mentales, mais je suis très convaincu que Morel a ouvert une voie nouvelle et féconde en proclamant la théorie générale de la dégénérescence, c'est-à-dire en étudiant les transformations successives des maladies nerveuses et mentales dans les familles, par l'effet de l'hérédité accumulée, aboutissant, en définitive, après plusieurs générations et plusieurs aggravations successives, à la stérilité et à l'extinction de la race. J'admets également, avec Morel et Magnan, que cette influence de l'hérédité morbide, nerveuse et mentale, accumulée dans une même famille, entraîne comme conséquence inévitable la production de certains *stigmates physiques et psychiques*, qui témoignent chez les descendants de ces familles dégénérées de l'origine héréditaire des maladies diverses dont ils sont atteints, et j'ai moi-même insisté, antrefois, dans plusieurs séances de notre Société, et dans mes leçons cliniques, sur l'existence de ces caractères spéciaux des folies héréditaires.

Mais là se borne mon adhésion à la théorie générale des dégénérescences, telle qu'elle a été établie par Morel. Je suis très partisan de cette théorie générale, comme doctrine anthropologique et pathogénique, mais non comme méthode nosologique.

Je la considère comme applicable à la pathologie générale des maladies mentales et non à la pathologie spéciale.

J'admets, en un mot, qu'il existe des folies héréditaires et non une folie héréditaire, ou folie des dégé-

nérés, ayant des caractères spéciaux. Les stigmates physiques et psychiques appartiennent à toutes les folies héréditaires en général et non pas à une seule. Ce sont des caractères communs à toute la grande famille des dégénérés et non à une espèce ou à une variété particulière, méritant le nom spécial de *Folie des dégénérés*.

Ce sont, en un mot, des caractères d'anthropologie pathologique et non des caractères nosologiques, pouvant servir de base à la classification des formes spéciales de la folie. Cette classification naturelle des espèces de maladies mentales doit reposer, en effet (comme je l'ai dit autrefois dans mon discours prononcé dans cette Société, en 1862), sur un ensemble de caractères spéciaux, physiques et moraux, et sur une évolution déterminée, possible à prévoir, et non sur des caractères généraux, caractères de races ou de familles, applicables à un grand nombre d'espèces ou de variétés de maladies mentales.

Pour résumer, en terminant, mon opinion générale sur la théorie des dégénérescences, telle que la conçoit M. Magnan et ses élèves, je dirai que la *folie des dégénérés*, embrassant dans son vaste cadre les formes les plus variées de la folie, représente, à mes yeux, comme un immense océan, sans limites et sans fond, dans lequel viendraient s'engloutir et disparaître successivement toutes les espèces et toutes les variétés les mieux établies et les plus naturelles des maladies mentales!

M. CHARPENTIER. — Plus j'étudie les persécutés, plus je constate de difficultés à poser le diagnostic et à indiquer l'évolution.

M. ARNAUD. — Les difficultés signalées par M. Charpentier ne sont-elle pas à peu de chose près les mêmes dans toutes les formes de maladies mentales : par exemple, dans la paralysie générale? Et pourtant le pronostic peut être établi avec netteté.

M. CHARPENTIER. — J'ai vu à diverses reprises des individus présenter, au jour de l'entrée, les symptômes de la paralysie générale. Puis ces symptômes disparaissaient, et l'on avait affaire à des malades difficiles, querelleurs et d'un caractère irritable.

M. ARNAUD. — J'ai également connu, à Sainte-Anne, une malade qui pendant plusieurs années a été consi-

dérée comme une persécutée et a présenté ensuite les symptômes de la paralysie générale. L'autopsie a démontré que ce diagnostic était le vrai.

La séance est levée à six heures moins vingt.

RENÉ SEMÉLAIGNE.

SÉANCE DU 27 JUILLET 1896

Présidence de M. CHARPENTIER.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Paul Garnier s'excusant de ne pouvoir assister à la séance ;

2° La lettre suivante de M. Mitivié :

« Chantambre, par Gironville (Seine-et-Oise), 15 juillet 1896.

« Cher Confrère et honoré Collègue,

« Depuis 1836 jusqu'à sa mort, Esquirol donna un prix, à la suite de ses leçons, à titre d'encouragement ; depuis 1844 jusqu'à ce jour, mon père et moi, l'avons continué sans fondation aucune. Il n'a plus la même raison d'être ; les maladies mentales sont actuellement aussi étudiées que les autres branches de la médecine, et nombreuses sont les places qui sollicitent le zèle des compétiteurs. Je suis donc décidé, quoique à regret, à ne pas le continuer.

« Il a été annoncé pour être distribué en avril 1897, ce sera la dernière fois, et je vous serais obligé de n'en pas renouveler l'annonce.

« Voudrez-vous être mon interprète auprès de la Société médico-psychologique, pour la remercier d'avoir bien voulu en rehausser le prix en prêtant le concours de ses membres pour juger les mémoires des concurrents. Je ne veux pas laisser cette charge à mes survivants, et il est bon d'avance de régler ses affaires.

« Venillez, mon cher Confrère, agréer l'expression de mes meilleurs et plus dévoués sentiments.

« A. MITIVIÉ. »

Le Secrétaire général est chargé de répondre à cette lettre et de remercier M. Mitivié de l'honneur qu'il a bien voulu faire à la Société en la chargeant de distribuer le prix Esquirol.

La correspondance imprimée comprend :

Le tome XVI du *Bulletin de la Société d'anatomie et de physiologie normales et pathologiques de Bordeaux*.

Rapport de candidature.

M. ROUBINOVITCH. — Messieurs, vous avez nommé une Commission composée de MM. Febvre, Paul Garnier et Roubinovitch, pour examiner la candidature de M. le Dr Soukhanoff, médecin de la Clinique psychiatrique de Moscou, au titre de membre associé étranger.

M. Soukhanoff, qui travaille sous la direction d'un des maîtres de la psychiatrie russe, M. le professeur Korsakoff, a publié un certain nombre de travaux dont la plupart ont paru dans les revues périodiques russes.

Il a étudié successivement le délire aigu, les troubles mentaux qui accompagnent la maladie de Basedow, les formes périodiques et rémittentes de la démence aiguë.

Une question l'a toujours particulièrement intéressé, c'est celle à laquelle le nom de son maître se trouve attaché, la psychose polynévritique.

C'est en 1887 que M. Korsakoff a décrit dans une série de travaux la symptomatologie de cette affection, qu'il proposa d'appeler du nom de *psychosis polyneuritica* ou *cerebropathia psychica toxaemica*. Cette description est devenue trop classique pour que je me permette d'y insister ici. Il est bon, toutefois, de rappeler que déjà, dans ses premières publications, M. Korsakoff insiste sur ce fait que cette affection mentale peut s'observer non seulement dans les névrites d'origine alcoolique, mais dans les névrites provoquée, par n'importe quel autre facteur. Dans le travail de M. Soukhanoff nous trouvons sept cas de psychose polynévritique, tous

pris avec ce soin méticuleux qui dénote chez leur auteur une honnêteté scientifique très remarquable en même temps qu'une habitude consommée d'observation clinique.

Il admet deux variétés dans cette affection : dans l'une c'est l'amnésie qui constitue le symptôme unique, dans l'autre on observe en plus les pseudo-réminiscences, les phénomènes du *déjà vu*, qui donnent au tableau clinique un aspect tout différent. Il s'attache à démontrer que la seconde variété est beaucoup plus grave au point de vue de la lésion cérébrale concomitante.

À côté de travaux personnels que je viens d'indiquer, M. Soukhanoff publie de temps à autre des Revues très appréciées par le public médical russe. Je citerai notamment une revue faite par lui tout dernièrement sur la théorie des neurones dans leurs rapports avec les phénomènes psychiques.

Enfin, le candidat est membre de la Société des neurologistes et des aliénistes de Moscou.

Messieurs, la commission vous propose, en présence de ces différents titres de M. Soukhanoff, de lui accorder la faveur qu'il sollicite et de le nommer membre associé étranger de la Société médico-psychologique.

Conformément à ces conclusions, M. Soukhanoff est nommé membre associé étranger, à l'unanimité des membres présents.

La séance est levée à cinq heures.

RENÉ SEMELAIGNE.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX FRANÇAIS

ANNÉE 1894.

Le Progrès médical.

I. — *Fausse paraplégie et troubles musculaires d'origine hystérique chez les jeunes garçons.* Conférence du D^r Jules Simon à l'hôpital des Enfants-Malades, recueillie par le D^r Plicque, ancien interne des hôpitaux (n° 1). — Parmi les nombreuses maladies nerveuses si fréquentes aujourd'hui chez les enfants, il en est une qui s'observe de plus en plus souvent, c'est l'impotence de nature hystérique des membres inférieurs. Voici les principaux caractères de cette pseudo-paralysie.

Tout d'abord, l'affection ne se développe guère que chez les sujets prédisposés par une hérédité nerveuse ou alcoolique, et qui présentent eux-mêmes, depuis plus ou moins longtemps, des accidents nerveux tels que céphalée, cauchemars, incontinence d'urine, etc. Au début, douleurs dans les membres puis oppression, gastralgie. Ces phénomènes, qui marquent le début, réapparaissent souvent à la fin de la maladie. Puis surviennent des troubles musculaires qui sont : 1° des pseudo-paralysies des membres inférieurs. L'enfant ne peut se tenir sur ses jambes; couché, il peut pourtant les remuer et elles ont, en réalité, conservé toute leur vigueur; 2° des tics convulsifs; 3° il y a aussi des troubles sensitifs, ainsi de l'hyperesthésie généralisée ou disposée irrégulièrement; 4° des troubles intellectuels qui sont les troubles intellectuels des enfants hystériques : bizarreries de caractère, imagination déréglée et mensongère, besoin de jouer la comédie. La durée de la maladie est très variable, quelques jours ou plusieurs mois. Les rechutes sont fréquentes. Le diagnostic est complexe, c'est la pseudo-paralysie surtout qui aide à éloigner l'idée d'une affection cérébrale matérielle. Les stigmates de l'hystérie ont aussi une grande valeur diagnostique. Le traitement est celui de l'hystérie. L'éloignement de

l'enfant de son milieu habituel, agit parfois avec une rapidité remarquable.

II. — *Affections spasmo-paralytiques infantiles*. Conférence du D^r Raymond, à Lariboisière (n^{os} 2, 4 et 6). — Depuis l'époque où Little décrit la maladie infantile, qui porte son nom, on a observé un grand nombre d'états morbides divers, ayant pour caractères communs des troubles spasmo-paralytiques, semblables à ceux de la maladie de Little elle-même, mais différant plus ou moins de celle-ci sous d'autres rapports. Ces états spasmo-paralytiques de l'enfance peuvent se ranger sous un certain nombre de chefs : d'abord *la maladie de Little*, caractérisée par la contracture qui prédomine aux membres inférieurs, mais qui peut se limiter à un seul membre, ou au contraire, s'étendre aux quatre membres, au cou et au tronc, se généraliser enfin ; la *paralysie spasmodique infantile*, caractérisée par de la contracture et de la paralysie motrice ; l'*hémiplegie cérébrale spasmodique*, dans laquelle paralysie et contracture sont unilatérales ; enfin, l'*athétose double* et la *chorée bilatérale*. Ces différents états pathologiques sont-ils des formes diverses d'une affection unique ? Le professeur Raymond accepterait volontiers cette dernière hypothèse. Il faut, d'après lui, faire un bloc de toutes ces affections spasmo-paralytiques de l'enfance, et considérer, comme des types différents, les différentes formes sus-énumérées. Si, en effet, les différences qui séparent les types extrêmes sont notables, la clinique les relie entre eux par de nombreux cas intermédiaires qui constituent une gradation ininterrompue et insensible entre ceux qui semblaient de prime abord étrangers les uns aux autres.

M. Raymond recherche ensuite si l'étiologie des différentes formes de l'affection spasmo-paralytique varie pour ou contre sa manière de voir. Tous ces états pathologiques, dit-il, maladie de Little, diplegie spasmodique, chorée bilatérale, etc., s'observent dans les conditions suivantes : tantôt ils se rencontrent chez des enfants venus au monde avant terme, et il y a alors en général des lésions encéphaliques qui se révèlent à l'autopsie par de la porencéphalie ; tantôt ils s'observent après les accouchements laborieux, et les lésions sont alors contemporaines de la naissance ; tantôt enfin ils apparaissent à un âge plus ou moins avancé, et ils dépendent alors, soit de lésions analogues aux précédentes mais demeurées latentes jusque-là, soit de lésions acquises après la naissance, et qui sont de même nature que celles qui amènent la paralysie cérébrale chez l'adulte. Or, que la lésion,

cause première de l'affection, soit intra-utérine, contemporaine de la naissance ou développée après celle-ci, il n'en résultera pas de particularités cliniques spéciales. En d'autres termes, la forme de l'affection est indépendante de l'étiologie.

Elle est également indépendante de la nature de la lésion, et l'anatomie pathologique ne fournit pas les éléments suffisants pour différencier une diplégie d'une paraplégie cérébrale (Freud).

III. — *Diagnostic d'une tumeur du corps restiforme, autopsie.* Leçon clinique du D^r Brissaud à la Salpêtrière, recueillie par Henry Meige et Henry Vivier (n° 3). — *Observation :* Femme de quarante-cinq ans, ni diathésique, ni héréditaire. Début de l'affection, il y a sept ans : céphalée occipitale et faiblesse générale. On diagnostiqua la neurasthénie; mais d'autres phénomènes apparurent progressivement qui firent admettre une lésion cérébelleuse. Ainsi il s'établit une surdité progressive gauche, de l'amblyopie droite, un spasme intermittent qui tirait la bouche vers l'œil, à gauche. La céphalée devint atroce et s'accompagna de rachialgie. Enfin la marche devint titubante, et on observa une crise particulière, caractérisée par une perte subite et complète de connaissance avec chute (ictus cérébelleux). La malade mourut subitement, à la suite sans doute d'une de ces crises.

Après avoir rappelé l'anatomie du cervelet et du bulbe, ainsi que ce que l'on sait de la physiologie du cervelet, M. Brissaud expose que la lésion ne doit pas siéger dans les noyaux centraux du bulbe, mais qu'elle doit plutôt se trouver au voisinage de l'origine apparente du nerf acoustique. Le spasme facial doit provenir d'une lésion voisine de ce nerf, mais ne l'intéressant qu'indirectement. Il y a eu compression ou irritation du facial et non destruction. Le nerf intermédiaire de Wrisberg a été mis en cause, ce qui explique un symptôme non signalé plus haut, la sialorrhée. La céphalée est celle de toutes les tumeurs intra-craniennes. Tout bien considéré, on est en droit de localiser la lésion, une tumeur, dans la région du corps restiforme gauche, en un point où les racines externes de l'acoustique seraient gravement altérées ou détruites, tandis que la racine interne serait respectée. Les anamnestiques; enfin, font supposer qu'il s'agit d'une tumeur d'origine nerveuse.

Autopsie : Le diagnostic fut confirmé par l'autopsie. On trouva une tumeur limitée à la région supérieure du corps restiforme en avant et intéressant la région cérébelleuse anté-

rieure au niveau de l'émergence de l'acoustique. Au microscope, on reconnaît qu'il s'agissait d'un glio-sarcome.

IV. — *Un cas de tétanie par névrite poplitée externe*; par le Dr Ch. Liégeois, de Bainville-aux-Saules (Vosges), (n° 9). — *Observation* : Une jeune fille de vingt-six ans, à la suite d'un refroidissement brusque, la peau étant en transpiration, éprouva des douleurs généralisées dans les membres, les reins, le cou. Quelques temps après, ces douleurs se localisèrent dans la jambe gauche, principalement sur le trajet de la branche externe du nerf poplitée externe. Les douleurs étaient permanentes, mais elles s'exaspéraient spontanément, ou bien quand on pressait sur le trajet du poplitée externe. Alors il survenait des contractures douloureuses dans la jambe, dans la cuisse, dans le membre inférieur opposé, puis, enfin, dans les muscles de l'abdomen, du tronc et des membres supérieurs. Au bout de trois mois, ces crises douloureuses de tétanie généralisée disparurent; mais il persista dans la jambe gauche, qui s'atrophia, une douleur permanente. Tous les traitements restèrent impuissants contre cette névrite du poplitée externe.

V. — *Note sur un cas de poliomyélite antérieure chronique suivie d'autopsie*; par A. Dutil et J.-B. Chareot (n° 11). — *Observation* : Homme, cinquante-six ans. Début il y a deux ans par de la parésie des membres supérieurs. Atrophie consécutive et affaiblissement de ces mêmes membres, des muscles du tronc, puis des membres inférieurs. Réaction de dégénérescence dans certains muscles. Mort par paralysie du diaphragme deux ans après le début.

Autopsie : Les artères de la base de l'encéphale sont un peu athéromateuses, les méninges sont saines, aucune altération dans les hémisphères cérébraux, il en est de même pour le cervelet et pour l'isthme de l'encéphale. La moelle a sa consistance ordinaire. Au microscope, on voit que la substance grise des cornes antérieures est profondément altérée, surtout aux régions cervicale et dorsale supérieure. Il y a disparition ou atrophie des cellules nerveuses. La plupart de celles-ci sont réduites à l'état de corps arrondis, mal colorés, sans noyau apparent, sans prolongement. Le tissu fondamental de ces cornes antérieures est épaissi, sclérosé et se colore vivement par le carmin, on y voit de nombreuses cellules araignées. Les artérioles ont leurs parois épaissies (artérite chronique). Les cornes postérieures ne présentent pas d'altérations appréciables. Il existe un léger degré de sclérose dans les cordons antéro-

latéraux. L'examen des racines antérieures démontre qu'il existe un certain nombre, pas considérable, de fibres nerveuses en voie de dégénération wallérienne. Examen des nerfs : le pneumo-gastrique n'est pas altéré, les phréniques sont notablement dégénérés, les nerfs périphériques sont les uns sains, les autres plus ou moins atteints. Les muscles atrophiés sont en état de dégénérescence.

Ce cas offre ceci de notable, que les muscles atteints ont été simplement parésés, et non paralysés, avant de s'atrophier, ce qui établit une différence entre lui et ceux que Duchenne (de Boulogne) a décrits sous le nom de paralysie générale antérieure subaiguë. Il semble se rapprocher de la forme de poliomyélite antérieure chronique, décrite par Erb comme intermédiaire entre la paralysie antérieure subaiguë et l'atrophie musculaire progressive d'origine spéciale.

La nature des lésions vasculaires, l'endartérite, milite en faveur de l'hypothèse qui fait des lésions cellulaires, la conséquence des lésions vasculaires, ces dernières seraient primitives.

VI. — *Note relative à la signification de la sclérose descendante dans le cordon postérieur, et aux relations qu'elle affecte avec le centre ovale de Flechsig*; par Gombault et Philippe (n° 15). — De considérations anatomiques acquises aujourd'hui à la science, on peut conclure : 1° que la sclérose descendante qui se produit dans le cordon postérieur, au-dessous d'un foyer de myélite transversale, occupe les régions latérales de ce cordon, quand elle se développe dans les parties supérieures de la moelle (virgule de Schultze). Elle occupe la région médiane quand elle se développe dans les parties inférieures de l'organe; 2° qu'elle soit médiane ou latérale, il est probable qu'elle reconnaît pour cause la dégénération des fibres commissurales courtes à trajet descendant, lesquelles fibres constituent un seul et même système; 3° ce système de fibres commissurales serait représenté dans le cône terminal par un faisceau médian triangulaire dont la base regarderait la surface de la moelle. Au renflement lombaire, ce faisceau deviendrait le centre ovale de Flechsig; plus haut, chacune de ces moitiés, abandonnant le sillon médian, serait rejetée dans le cordon de Burdach; 4° ce déplacement latéral peut être attribué à l'augmentation progressive du cordon de Goll, à mesure de son ascension dans la moelle.

VII. — *Accidents hystériques épileptiformes survenus à la suite de morsures faites par un chien non enragé et guéris par*

un simulacre de traitement pastorien. Leçon du P^r Pitres, faite à l'hôpital Saint-André de Bordeaux, recueillie par le D^r Sabrazès, chef de clinique (n° 26). — *Observation* : Jeune homme, vingt-deux ans, à antécédents héréditaires et personnels bons, ni alcoolisme, ni syphilis, intelligence vive mais peu cultivée. Morsure profonde des deux mains, par un chien que le sujet avait lui-même excité (1^{er} août 1890). Pansement antiseptique et guérison des plaies en une vingtaine de jours. Mais on raconta au sujet des histoires bizarres : le chien qui l'avait mordu était épileptique tous les trois mois, disait-on, et cela pouvait se communiquer par les morsures, etc. Le jeune homme devint inquiet; il ne craignait pas la rage, mais l'épilepsie. Quatre-vingt-sept jours après l'accident, il est pris brusquement, pendant son sommeil, d'une violente attaque convulsive. L'attaque dura plusieurs heures, fut très violente et se termina par une période comateuse. Cinq mois après, nouvelle attaque, puis d'autres attaques encore, toujours très violentes, à intervalles irréguliers. Il y eut même un véritable état de mal, mais avec température de 36°,9 seulement. Le malade est convaincu qu'il est épileptique.

On pensa à essayer la suggestion en état d'hypnose, mais le malade ne put être endormi; alors on tenta la suggestion à l'état de veille, en simulant des injections pastoriennes. Le procédé réussit parfaitement; depuis deux ans le sujet n'a plus d'attaque.

Les attaques ressemblaient parfaitement aux attaques d'épilepsie; mais l'état mental du malade, le polymorphisme des attaques et l'absence d'élévation de la température pendant un état mental, la guérison enfin des accidents sous l'influence de la suggestion, toutes ces conditions réunies permettent de diagnostiquer l'hystérie, laquelle affection, ainsi que le disait Charcot, est surtout une maladie mentale.

VIII. — *Un cas d'abcès du cerveau*; par le D^r Henri Kucharzewski (de Varsovie) (n° 29). — *Observation* : Homme, quarante-deux ans, peu robuste, maigre, sujet à des accès de violente céphalalgie et atteint depuis longtemps d'un écoulement purulent de l'oreille droite. Brusquement, malaise et perte de connaissance; à la suite, surexcitation extrêmement violente, apyrexie. Le lendemain, demi-conscience, calme, apyrexie, mutisme. La région temporale droite est douloureuse au toucher, exophthalmie, pupilles dilatées mais sensibles à la lumière, pas de paralysie des muscles de l'œil. Pas de trouble

de la sensibilité, ni de la motilité. Diagnostic : abcès du cerveau consécutif à une maladie de l'oreille. La trépanation est refusée par la famille. Mort rapide après des périodes successives d'excitation et de coma.

Autopsie : Méninges saines mais cependant soudées au crâne au niveau du rocher à droite. Absès de la grosseur d'un œuf de poule dans le lobe temporal droit. Le rocher est atteint de carie. Le pus verdâtre renfermé dans l'abcès contient une grande quantité de micro-organismes en forme de points et de baguettes. L'aspect même de l'abcès fait comprendre que celui-ci est ancien. Il est donc resté à peu près latent pendant longtemps, malgré ses dimensions notables.

IX. — *Polynévrite périphérique très vraisemblablement d'origine palustre; monoplégie persistante du membre supérieur droit*; par le D^r J. Brault, médecin-major, professeur à l'Ecole de médecine d'Alger (n° 36). — *Observation* : Soldat indigène aux tirailleurs algériens, vingt et un ans, petit et chétif au point qu'il paraît être un enfant. Antécédents héréditaires nuls. Antécédents personnels : teigne faveuse à huit ans, fièvre paludéenne persistante pendant l'adolescence. Très souvent envoyé à l'hôpital depuis deux ans, avec le diagnostic de fièvre intermittente et cachexie palustre.

— Tout à coup, pendant un accès intermittent, douleurs intercostales très vives irradiées dans les membres, arthralgie de l'épaule droite et du coude. Peu après, parésie des quatre membres débutant par les extrémités inférieures. Puis monoplégie brachiale droite seulement, et la fièvre tombe. Le malade est dans un état cachectique.

En étudiant avec soin les divers symptômes qu'il présente, on constate que tous les muscles de l'avant-bras et de la main, dans le membre monoplégié, sont très fortement parésés et que la motilité est fort diminuée dans la zone du radial, du cubital, et du médian. La sensibilité est aussi gravement atteinte dans les mêmes parties, il y a dissociation de la sensibilité, variable selon les endroits, certaines sensibilités sont abolies; il y a aussi des zones de diminution simple de toutes les sensibilités, sans retard des impressions. Douleurs spontanées sur le trajet du cubital et de la branche superficielle du radial à l'avant-bras. On trouve aussi des troubles nutritifs dans la même région : développement relativement exagéré du système pileux, peau sèche, desquamée. Tous les muscles sont un peu atrophiés, ils répondent, mais faiblement, à la faradisation.

L'auteur discutant tous ces symptômes, dont les principaux seuls sont énumérés ci-dessus, conclut à l'existence d'une poly-névrite périphérique ayant amené une monoplégie diffuse du membre supérieur droit, et dont la cause se retrouverait dans l'infection palustre.

X. — *Le dermatographe électrique dans le goitre exophtalmique*; par les D^{rs} Peyron et J. Noir (n° 37). — Le phénomène consiste en l'apparition, chez certains malades électrisés, au moyen d'une machine à électricité statique, de points blancs, exsangues, entourés d'une auréole rouge. Parmi les nombreux malades électrisés à la polyclinique de Paris, les auteurs n'en ont trouvé que deux, présentant ce phénomène; ils étaient atteints de goitre exophtalmique, et chose notable, ils n'étaient pas sujets au dermatographe proprement dit. Il serait peut être juste, pensent les auteurs, d'ajouter ce symptôme aux nombreux troubles vaso-moteurs de la maladie de Basedow. Suit la relation de l'observation complète de l'un des deux sujets.

XI. — *Etat mental des dégénérés*. Leçons du D^r Magnan, faites à l'asile clinique (Sainte-Anne), recueillies par le D^r Pécharman, médecin-adjoint des asiles (nos 38, 39, 44). — Les études de M. Magnan sur la dégénérescence, sont trop bien connues des lecteurs des *Annales médico-psychologiques* pour qu'il soit utile que j'analyse ici ces leçons du savant médecin de Sainte-Anne; il ne me paraît même pas opportun d'énumérer les différentes propositions qu'elles contiennent, telles que la classification des dégénérés, les obsessions, impulsions, phobies, aboulies et autres stigmates psychiques de la dégénérescence, etc.

XII. — *Contribution à l'étude pathologique des troubles auditifs du tabes*; par le D^r J. Collet, ancien interne des hôpitaux de Lyon (n° 49). — Les troubles auditifs du tabes sont connus depuis Duchenne, mais leur interprétation est encore obscure. On a d'abord songé à une névrite de la huitième paire, à une inflammation bulbaire dans les régions sensibles; puis une autre opinion s'est fait jour, et on a attribué ces troubles auditifs à une lésion du labyrinthe ou de l'appareil de transmission, L'auteur croit, avec le D^r Pierret, que les lésions du labyrinthe ne sont elles-mêmes que l'expression de lésions primitives des nerfs trophiques. En voici des preuves cliniques.

Observation : Femme, cinquante-cinq ans, syphilis probable. Début du tabes, il y a dit-huit ans, par des douleurs fulgurantes

dans les membres inférieurs. Il y a dix-sept ans qu'elle est aveugle. Depuis cinq ans, les dents se déchaussent, mais depuis un an, au moment où les troubles auditifs débutaient, les dents tombent rapidement. Immédiatement avant de devenir sourde, cette femme a eu des douleurs dans la face, à droite surtout, en même temps, de ce côté, sa figure était bleuâtre. Comme trouble bulbaire, strabisme interne. Signe de Romberg et d'Argyll Robertson. L'examen des oreilles démontre, pour l'oreille gauche, une lésion de l'oreille moyenne, probablement un léger envahissement secondaire du labyrinthe. Pour l'oreille droite, lésions beaucoup plus avancées, portant sur les deux appareils, de transmission et de réception. Le rôle de la lésion du trijumeau dans la production du trouble de l'audition ne paraît guère douteux.

Suit une série d'observations analogues. Et l'auteur conclut ainsi :

Le tabes semble avoir deux voies différentes pour troubler l'audition : l'une directe en frappant de dégénérescence son nerf sensoriel, l'acoustique ; l'autre indirecte, en produisant des lésions scléreuses de l'oreille par l'intermédiaire de son nerf trophique, le trijumeau.

XIII. — *Des borborygmes hystériques*. Leçon clinique du P^r Pitres, à l'hôpital Saint-André de Bordeaux, recueilli par G. Vénot (n° 52). — Les bruits hydro-aériens qui prennent naissance spontanément dans le ventre des hystériques se produisent dans trois circonstances différentes : 1° à la suite d'émotions morales ou avant les attaques hystériques, les borborygmes alors paraissent dépendre d'une exagération désordonnée de la contractilité intestinale ; 2° dans le cours des attaques ; 3° parfois les hystériques ont, en dehors de leurs attaques, des borborygmes rythmées par les mouvements respiratoires. Ceux-ci sont de beaucoup les plus intéressants. Ils sont plus fréquents qu'on pourrait le penser d'après la lecture des traités spéciaux qui les mentionnent à peine.

Exemple : jeune hystérique de seize ans. A l'âge de onze ans, sans cause connue, elle commence à avoir dans le ventre des bruits étranges, ressemblant à de gros gargouillements. Ils surviennent par crises, ordinairement deux fois par jour, et la fin des crises est marquée par quelques éructations gazeuses. Actuellement, cette jeune fille présente de nombreux stigmates d'hystérie, mais elle ne se plaint que de ses borborygmes, lesquels surviennent par crises régulières, deux fois par jour et

aux mêmes heures; elles durent de deux à quatre heures. Le bruit est constitué par un énorme raclement en forme de va-et-vient, paraissant se passer dans la région de l'épigastre. La main appliquée, perçoit les déplacements tumultueux des gaz et des liquides. Mouvements et bruits sont absolument rythmés par les mouvements respiratoires, et s'arrêtent si la malade suspend sa respiration. Les divers traitements employés à l'hôpital ne produisirent aucun soulagement.

Suit une autre observation analogue. Le professeur fait un tableau clinique à l'aide de ces deux observations et il termine par quelques considérations de physiologie pathologique. Il est vraisemblable, dit-il, que les bruits résultent d'un mouvement alternatif de flux et de reflux d'une certaine quantité de liquides et de gaz passant et repassant à travers un orifice normal ou un rétrécissement accidentel. La force motrice, qui assure ce va-et-vient, réside dans le diaphragme ou mieux dans l'ensemble des muscles respiratoires. Maintenant, où a lieu ce conflit sonore? Dans le côlon ou l'estomac? il est bien difficile de dire dans lequel de ces deux organes.

Annales de psychiatrie et d'hypnologie.

I. — *De l'épilepsie thalamique*; par William A. Hammond, chirurgien général de l'armée des Etats-Unis (en retraite), professeur des maladies mentales à l'Université de New-York (n^{os} 2 et 3). — Je dois noter ici cet article quoiqu'il ne soit pas inédit, c'est une traduction d'un travail du savant neuropathologiste américain Hammond, parce que ses conclusions confirment des données physiologiques que M. Luys soutient depuis longtemps. M. Luys se félicite, *s'autoglorifie*, comme il s'exprime lui-même, en présence d'une pareille mise en valeur de ses premières recherches.

Pour Hammond, et c'est là aussi, on le sait, l'opinion de M. Christian, dans toute épilepsie la perte de connaissance est le phénomène essentiel sans lequel, par le fait, l'épilepsie n'existe pas. Or, il résulte, de plusieurs faits très bien observés par l'auteur et de l'examen anatomo-pathologique des susdits faits : 1^o qu'il existe réellement une forme d'épilepsie dont les symptômes sont simplement des hallucinations et la perte de connaissance; 2^o que la base morbide anatomique de ce type est située dans l'optico-thalamus.

On comprend bien que M. Luys *s'autoglorifie*, lui qui a tou-

jours enseigné que les couches optiques, avec ses noyaux, remplissaient un rôle très important dans les fonctions sensibles intra-cérébrales.

II. — *De l'emmagasinement de certaines activités cérébrales dans une couronne aimantée*; par le D^r Luys (n° 3). — Une couronne aimantée, qui avait été placée, il y a un an, sur la tête d'une femme mélancolique, fut posée sur la tête d'un sujet mâle hypnotisable hystérique. Ce sujet, mis en état somnambulique, manifesta un état mental tout à fait semblable à celui de la femme mélancolique. Il parlait au féminin, il se plaignait de ses voisins, etc.

La couronne aimantée avait donc emmagasiné les vibrations cérébrales du premier sujet, et ces vibrations s'étaient plus tard communiquées au second. C'est là un phénomène que l'auteur affirme avoir reproduit à maintes reprises chez divers individus.

III. — *Hématorachis traumatique, congestion de la moelle, hémorrhagie concomitante de l'ovaire*; par le D^r Luys (n° 4). — *Observation* : Femme, vingt ans, bonne santé habituelle, bien réglée. Pendant une période menstruelle, chute sur le dos, la région lombaire portant sur l'angle d'une malle. A la suite de cet accident, on observa successivement les symptômes suivants : douleurs très vives dans les reins et, quelques heures après la chute, fourmillements dans les deux jambes avec quelques secousses convulsives. Agitation. Rétention d'urine. Inégalité des pupilles. Douleurs dans les membres, anesthésie plus ou moins prononcée unilatérale. Troubles divers de la sensibilité générale. Tumeur fluctuante perçue entre l'utérus et le rectum (épanchement sanguin probable). Mauvais état général, face grippée, langue sèche, coma et mort douze jours après l'accident.

- *Autopsie* : La tumeur abdominale est constituée par du sang en caillot entouré d'une coque qui semble être l'ovaire gauche distendu. Épanchement sanguin autour de la moelle lombaire provenant sans doute d'une déchirure d'une partie du sinus veineux intrarachidien. La cavité arachnoïdienne est saine, le sang ne l'a pas pénétrée. La moelle est très vascularisée partout. Rien au cerveau.

IV. — *Traitement des algies neurasthéniques ou grandes névralgies pelviennes par l'électricité*; par le D^r L.-R. Regnier, ancien interne des hôpitaux de Paris (n° 7). — *Conclusions* : Les grandes névralgies pelviennes ou algies neurasthéniques

sont d'origine centrale. Leur cause première est l'état général du malade, les lésions utérines ou périutérines locales ne semblent pas avoir d'action déterminante. Le traitement électrique général et local est celui qui convient le mieux à ces états. L'insuccès d'une intervention chirurgicale n'empêche pas les bons effets du traitement électrique.

V. — *Un cas particulier d'insomnie traitée par la suggestion à l'état de veille*; par J.-C. Natanson, interne de la Maison de santé d'Ivry (n° 7). — *Observation*: Homme, cinquante-deux ans, quoique non héréditaire, à la suite d'une vive émotion, obsessions diverses, anxiété et insomnie. Conscience de son état maladif. Le diagnostic porté est: état anxieux avec quelques idées mélancoliques et de doute sans lésions cérébrales. Le symptôme le plus pénible étant l'insomnie, on fait des piqûres de morphine et on administre le sulfonal, on procure ainsi un peu de sommeil, mais qui disparaît dès qu'on cesse l'emploi des narcotiques. On explique alors au malade qu'on vient de découvrir une substance, laquelle n'était nullement un narcotique, et qui cependant amenait toujours le sommeil. Le malade, très intrigué, réclame avec instance ce médicament nouveau. Après l'avoir fait attendre plusieurs jours, on lui donne une substance inerte, mais la suggestion était produite et le sommeil se rétablit de suite, et la guérison se maintint.

VI. — *De la reviviscence de la sensibilité du membre amputé chez un sujet en état hypnotique*; par le D^r Luys (n° 8). — Un ouvrier âgé de vingt-huit ans ayant subi, il y a cinq ans, la désarticulation complète du petit doigt de la main droite, à la suite d'un traumatisme, entre à la Charité pour des phénomènes subits de léthargie et de somnambulisme. Il est facilement hypnotisable, et quand il est en état hypnotique, la région correspondant au moignon de la section de l'amputation donne des signes de douleur. Cette sensibilité reviviscente s'extériorise; elle se prolonge le long de la continuité du doigt absent. En pinçant, en piquant à la place que devrait occuper le doigt, le malade accuse une vive douleur. Il arrive même qu'à la suite de pincements réitérés sur l'emplacement de ce doigt, il se produit de l'érythème, de l'empâtement à la peau de l'avant-bras.

VII. — *Influence de l'obscurité sur la genèse de certains délires*; par le D^r Luys (n° 9). — *Observation* d'un paralytique général au début qui peut encore se rendre compte des troubles mentaux dont il est frappé. Il raconte qu'il a, pendant le jour

des hallucinations vagues et indécises, mais que la nuit celles-ci deviennent nettes et intenses. C'est ainsi que sa chambre lui semble lumineuse et transformée en palais, ou, au contraire, c'est un paysage lugubre. Dès qu'il allume sa bougie, ces apparitions s'effacent.

Plus tard, les troubles psychiques s'aggravent et l'influence de la lumière suscite au contraire un ébranlement de nature spécial, dont la conséquence est un délire consécutif avec agitation. C'est ce qu'on observe par exemple au réveil.

VIII. — *Sur des expériences montrant que la méningo-encéphalite de la convexité du cerveau détermine des symptômes différents suivant les points de cette région qui sont atteints*; par Bochefontaine et Viel. (Travail du laboratoire de M. Vulpian) (n° 9). — Le procédé expérimental consiste en la cautérisation du cerveau avec le nitrate d'argent solide, sur des animaux convenablement anesthésiés par des injections intraveineuses de chloral. Voici les conclusions : 1° L'irritation inflammatoire produite par le procédé susindiqué détermine des troubles variés : paralysies, convulsions, anesthésies localisées, perte ou affaiblissement des sens, etc.; 2° l'anesthésie, la paralysie, les convulsions, les troubles sensoriaux ont lieu du côté opposé à la lésion; 3° tous ces troubles s'observent après les lésions de l'écorce des parties antérieures du cerveau; 4° les troubles de la motilité correspondent aux lésions des parties dites motrices de la circonvolution sigmoïde et supérieure des lobes cérébraux; 5° l'anesthésie correspond à la lésion des parties immédiatement situées en arrière du gyrus sigmoïde; 6° la cautérisation du tiers postérieur de la partie supérieure de l'écorce n'a, dans aucun cas, donné lieu à un résultat quelconque; 7° la cautérisation n'a, par elle-même, produit aucun trouble, les divers phénomènes observés sont survenus trois ou quatre jours après la cautérisation et sont le résultat de l'irritation inflammatoire déterminée par le caustique.

IX. — *Paralysie de la vessie accompagnant une infection puerpérale guérie par suggestion à l'état de veille*; par le D^r H. Goudard (n° 10). — Observation intéressante, surtout au point de vue de l'effet utile de la suggestion dans le cours d'une maladie aiguë.

X. — *Lésions atrophiques cérébrales dans trois cas de pieds-bots datant de l'enfance*; par le D^r Luys (n° 11). — Femme morte à soixante-neuf ans, atteinte depuis l'enfance d'un pied-bot équin valgus. A l'autopsie, *atrophie* du lobe paracentral du

côté opposé au membre inférieur. L'hémisphère cérébelleux de ce même côté opposé est moins développé que l'autre hémisphère. Cette observation n'est pas isolée, l'auteur en possède encore deux absolument semblables à celle qu'il relate ici en détail.

Archives de neurologie.

I. — *Contribution à l'étude de la syphilis du système nerveux*; par le professeur Raymond (numéros de janvier et de février). — D'après M. Raymond, la paralysie générale est neuf fois sur dix d'origine syphilitique, et son substratum anatomique est une inflammation interstitielle chronique qui a son point de départ dans les capillaires du cerveau, et plus particulièrement de l'écorce. Cette lésion est-elle différente suivant que le sujet est syphilitique ou qu'il ne l'est pas? M. Raymond n'en sait rien, n'ayant eu à étudier, jusqu'à présent, que des faits d'origine syphilitique. Il semble cependant, qu'au fond, le savant professeur de la Salpêtrière est porté à considérer, d'une façon générale, les lésions de la paralysie générale comme étant des lésions syphilitiques, car elles présentent des rapports intimes avec d'autres lésions certainement syphilitiques, quoiqu'elles n'aient pas les caractères classiques du syphilôme. Trois autopsies très détaillées servent de base à la démonstration de cette proposition.

Voici le simple énoncé des lésions observées; il est impossible de résumer les résultats des recherches histologiques, qu'il faut lire dans le texte. Dans la première autopsie, qui a trait à un paralytique chez lequel la syphilis remontait à quatorze ans, on note, avec la méningo-encéphalite diffuse, une méningo-myélite embryonnaire, une névrite interstitielle du moteur oculaire commun, des lésions spécifiques des artères de la base, des gommes microscopiques des veines, des foyers d'œdème dans la substance grise corticale. Les artères présentent toutes des plaques d'endartérite spécifique et, dans les veines, les caractères spécifiques sont encore plus nets. On voit une infiltration intense des parois veineuses, la tunique interne est intacte; parfois l'infiltration est annulaire, d'autres fois, elle est concentrée en un point et forme un nodule embryonnaire volumineux. Le centre de ce nodule se colore moins bien que sa périphérie et il s'agit évidemment de véritables *gommes miliaires*. Dans la seconde autopsie, on trouve encore une méningo-encéphalite diffuse, et en plus une myélite à corps granuleux des cordons

postérieurs, résultant de la superposition d'une dégénérescence tabétique systématisée et d'une myélite embryonnaire. Dans la troisième autopsie, enfin, on trouve : des foyers de myélite scléreuse à la région dorsale, la dégénérescence fasciculée ordinaire, de la sclérose ascendante des faisceaux pyramidaux, une endartérite oblitérante de la terminaison des carotides internes, une encéphalite vasculaire diffuse avec intégrité absolue des éléments nerveux. Le tableau clinique présenté par la malade n'a, à aucun moment, ressemblé en quoi que ce soit au tableau clinique de la paralysie générale, comme on peut en juger par ce résumé : Syphilis en 1885. En 1887, paralysie complète avec troubles urinaires, épilepsie spinale et abolition de la sensibilité dans tous ses modes aux membres inférieurs. Sous l'influence du traitement spécifique, amélioration notable et état stationnaire jusqu'en 1890. En 1889, trois attaques d'aphasie transitoire et aucun symptôme mental depuis lors. Tuberculose pulmonaire et mort en 1893.

De ces trois faits et de tous ceux que l'auteur a observés, celui-ci tire les conclusions suivantes : dans la paralysie générale d'origine syphilitique, l'altération paraît porter d'abord sur les vaisseaux de l'écorce. Cette altération peut se limiter aux vaisseaux de la substance cérébrale et de la pie-mère, mais elle peut descendre beaucoup plus bas dans l'arbre vasculaire et atteindre les grosses artères et les grosses veines de l'encéphale, et alors ces altérations affectent souvent la forme gommeuse évidente, ce qui permet de juger la nature du processus morbide. Du reste, quand ces petits vaisseaux seuls sont atteints, on reconnaît encore la nature syphilitique de leurs lésions. La paralysie générale d'origine syphilitique est donc une encéphalite vasculaire diffuse, mais elle n'est réellement déclarée que lorsque, par suite de l'état pathologique des vaisseaux, la substance nerveuse commence elle-même à souffrir. La période de résistance est plus ou moins longue selon les sujets ; pendant son cours, on observera quelques symptômes mobiles, variables, fugaces, mais la guérison est possible encore. L'hérédité intervient alors : si les éléments nobles sont doués d'une faible résistance, ils succombent vite ; s'ils sont, pour ainsi dire, robustes, ils restent normaux longtemps, malgré les troubles de la circulation.

II. — *L'idiotie et l'imbécillité au point de vue nosographique* ; par le Dr Paul Sollier, chef de clinique adjoint des maladies mentales (numéro de janvier). — M. Sollier, on le sait, établit

une démarcation très marquée entre l'idiotie et l'imbécillité. Les lecteurs des *Annales médico-psychologiques*, ont tous lu son livre sur la *Psychologie de l'idiot et de l'imbécile*. Il insiste à nouveau, dans cet article, sur la différence radicale qui sépare ces deux états morbides qui, selon lui, n'ont qu'un seul caractère commun, une intelligence inférieure à la normale.

L'idiotie n'est pas une maladie, c'est un symptôme, comme la démence, et parmi les lésions qui se caractérisent par la démence, il en est plusieurs qui, chez le nouveau-né, se caractérisent par l'idiotie. L'imbécillité, elle, n'est jamais conséquence d'une lésion cérébrale tangible, c'est une affection mentale due probablement à un trouble fonctionnel, mais non à une lésion organique des centres nerveux, elle rentre dans le cadre des psychopathies dégénératives.

III. — *La mésoneurite noduleuse*; par C. Vanlair, professeur à l'Université de Liège (numéro de février). — M. Renault, en 1881, a décrit un appareil lymphatique particulier, situé entre la gaine lamelleuse et le faisceau nerveux proprement dit, enveloppant ce dernier comme d'un manchon continu. Rudimentaire chez l'homme, cet appareil est surtout développé chez le cheval. M. Vanlair propose d'appeler ce système *mésoneurium* ou *mésonevre*; Renault l'avait dénommé *système hyalin intravaginal*. Il appartient certainement à la structure normale des nerfs chez les solipèdes; mais on rencontre accidentellement chez l'homme un tissu offrant la même composition histologique que le système de Renault, se localisant aussi exactement entre le perinèvre et la masse nerveuse, mais distribué en une série de foyers échelonnés sur le trajet du nerf et séparés par de longs intervalles. Dans ces conditions, la présence d'un pareil tissu constitue une anomalie. Si la cause de ces anomalies réside en un trouble organique général ou local, le phénomène est alors pathologique, et l'auteur propose d'appeler ces productions pathologiques des *mésoneurites noduleuses*.

Suit une description histologique très détaillée des mésoneurites noduleuses, qu'on suit facilement sur des figures très claires qui accompagnent ce travail, dont voici quelques conclusions: l'hyperplasie mésoneuriale accidentelle se manifeste sous deux formes typiques, la forme noduleuse et la forme lamelleuse. Il se rencontre aussi d'autres formes intermédiaires ou composites à caractères moins bien définis. On trouve, dans certains cas, tous les foyers uniformes, et dans d'autres cas, au

contraire, on trouve au même niveau des foyers appartenant aux deux types et présentant les aspects les plus divers. Les conditions étiologiques de la mésopérineurite sont encore indéterminés, cependant on peut admettre que cette anomalie a sa cause première dans l'irritation mécanique. Quant aux conséquences cliniques de la mésopérineurite, elles sont inconnues.

IV. — *Un type d'héréditaire dégénéré*; par V. Bourdin, interne des asiles de la Seine (numéro de mars). — Histoire très détaillée d'un jeune homme qui offre certainement des signes psychiques de dégénérescence, quoiqu'il soit indemne de stigmates somatiques, et qu'en outre on ne retrouve pas de neuropathes parmi ses ascendants. L'auteur analyse les tendances érotiques précoces du sujet, et il fait de lui un perversi sexuel. Il étudie aussi son délire, qui est un délire mégalomane diffus et même incohérent; il suppose que les idées délirantes sont émises brusquement sans être contrôlées, par suite de l'absence de force régulatrice; il retrouve aussi, dans la vie de ce sujet, des particularités mentales qu'il considère comme autant de *phobies*.

Je n'ai pas à faire de la critique, mais je ne peux me dispenser de remarquer que le malade de M. Bourdin me paraît être un simple onaniste et non un perversi. Quoique l'observation soit très longuement exposée, on voudrait y trouver encore un tableau clinique pur et simple de l'état actuel du sujet, sans théorie préconçue, parce qu'alors on lirait sans doute une reproduction du tableau clinique de la démence précoce ou hébéphrénie, ou démence des onanistes, etc., selon la terminologie préférée.

V. — *Note sur un aliéné homicide*; par le D^r Camuset, médecin directeur de l'asile de Bonneval (numéros de mars et d'avril). — Dernier chapitre d'un travail paru dans les *Archives de neurologie* en 1892. Il s'agissait d'une étude sémiologique du meurtre dans l'aliénation mentale, étude suscitée pour ainsi dire par la discussion d'une observation remarquable, ne serait-ce que par sa rareté, d'un aliéné homicide. Un individu, ouvrier des champs et n'ayant jamais habité la ville, très bien portant jusqu'alors, devient sombre, mélancolique, a de la céphalée, de l'amblyopie unilatérale, et quelques mois après le début de ces symptômes, est pris tout à coup d'un accès de mélancolie. Au début même de cet accès, sous l'influence d'une idée délirante survenue brusquement, il tue successivement quatre personnes. L'analyse de ce fait avait conduit l'auteur à

diagnostiquer un *cerveau invalide* et, aidé de quelques signes physiques, à admettre l'existence d'une lésion, une tumeur sans doute, des parties antérieures du cerveau. Le malade ayant succombé à la suite d'accès épileptiformes après un séjour de près de deux ans à l'asile de Bonneval, son autopsie, exposée en détail dans cet article, démontra l'exactitude du diagnostic. Il existait une petite tumeur intéressant les méninges et le cerveau à la partie antérieure du lobe frontal gauche, la substance cérébrale voisine était désorganisée par le fait d'un processus inflammatoire dont le point de départ était dans la tumeur.

VI. — *Que faut-il penser de la télépathie ?* par le Dr Christian, médecin de la maison nationale de Charenton (numéro d'avril). — C'est une critique du livre bien connu de MM. Gurney, Myers et Podmore. Les partisans de la télépathie croient que l'hallucination télépathique, au lieu d'être due au hasard de l'imagination, comme on l'admet pour l'hallucination vulgaire, présente au contraire un rapport étroit avec un fait réel, éloigné, impossible à connaître par le secours de nos sens normaux. L'hallucination télépathique se produit de préférence au moment de la mort, ou à un moment qui en est très voisin. De la mort, bien entendu, de l'individu qui est vu par l'halluciné ou entendu par lui.

Il y a, dans la télépathie, un point de départ fondamental, la coïncidence de deux phénomènes survenus au même moment, l'hallucination d'une part et le fait réel qui se passe ailleurs ; d'autre part, on en conclut que les deux phénomènes sont en rapport étroit, que l'un dépend directement de l'autre.

Il n'y a que deux explications à donner de cela : ou bien il existe un fluide particulier, le fluide télépathique, grâce auquel les pensées d'un individu peuvent être transmises à distance à un autre individu, sans le secours de la parole ou d'aucun signe symbolique ; ou bien, à un moment donné, particulièrement au moment de la mort, l'âme d'un individu peut se séparer du corps et aller se montrer au loin. M. Christian démontre l'inanité de ces deux théories ; il fait voir par des arguments tout simples et frappés au coin du bon sens que le fluide télépathique, s'il existait, n'aurait aucune des propriétés générales communes aux fluides connues jusqu'à présent, et que les faits donnés comme probants par les partisans de la télépathie, quand on les regarde de près, peuvent s'expliquer naturellement par des coïncidences bizarres, par des erreurs d'interprétations, etc. ; que certains d'entre eux enfin n'offrent pas les

caractères de certitude qu'on doit exiger d'eux. Quant à la seconde théorie, elle suppose admis une série de postulata dont la preuve est ardue, comme cette proposition, entre autres, que l'homme est composé de deux substances différentes, l'âme et le corps.

VII. — *Sarcome primitif des ventricules du cerveau*; par Prautois, chef de clinique à la Faculté de Nancy, et G. Etienne, ancien interne des hôpitaux (numéro d'avril). — Ces tumeurs n'occupent en général qu'un seul ventricule. Ce qui fait l'intérêt de cette observation, c'est l'extension de la tumeur à tous les ventricules cérébraux sans autre généralisation. Les quatre ventricules renferment des produits néoplasiques mollasses, ressemblant à l'empois d'amidon, très légèrement vascularisés, et à disposition irrégulière. Ils présentent les caractères des sarcomes à cellules embryonnaires.

VIII. — *Sur un cas d'hallucinations motrices verbales chez un paralytique général*; par le Dr Paul Sérieux, médecin-adjoint à l'asile de Villejuif (Seine) (numéro de mai). — *Observation*: Paralyse générale, signes somatiques et psychiques. Accès mélancolique passager. Accès maniaque avec idées ambitieuses et de persécution. Internement. Persistance durant trois mois d'idées de persécution très actives, provoquées par des hallucinations de l'ouïe. Rémission très accentuée. Hallucinations motrices verbales de nature pénible. Absence d'autres troubles hallucinatoires et en particulier d'hallucinations de l'ouïe. Les hallucinations motrices verbales persistent pendant plus d'un an, elles sont associées avec un état d'éréthisme des centres masticateurs, elles s'accompagnent, en effet, de mouvements involontaires de mastication et de grincements de dents. Les hallucinations motrices verbales qui, avec une légère hésitation de la parole, constituent toute la symptomatologie de l'affection pendant la rémission, font naître un délire de persécution à peu près systématisé. La malade tourmentée, recherche la cause de ce qu'elle éprouve et la trouve dans les tracasseries des personnes qui l'entourent. Ce sont elles qui lui font parler par les dents, c'est le téléphone qui parle dans sa bouche, etc. Puis surviennent des bouffées délirantes secondaires à forme mélancolique (auto-accusations, idées de suicide). Accès d'agitation maniaque avec idées de grandeur. Hallucinations multiples: motrices verbales, kinesthésiques, visuelles, auditives, gustatives. Etat de confusion hallucinatoire. Pneumonie. Mort.

Autopsie : Encéphalite chronique interstitielle avec adhérences méningées, localisées systématiquement des deux côtés à l'extrémité inférieure des circonvolutions rolandiques, à la 3^{me} F. et à la F. interne.

Cette observation, intéressante à tous les points de vue, est surtout remarquable par l'existence des hallucinations motrices verbales, par l'association de ces hallucinations à des convulsions des muscles masticateurs, par l'apparition, du fait de ces mêmes hallucinations, d'un délire de persécution tendant à la systématisation, par l'existence des adhérences méningo-corticales au niveau du centre moteur verbal et des centres masticateurs (extrémité inférieure de la frontale ascendante).

IX. — *Barbe Buvée, en religion, sœur Sainte-Colombe, et la prétendue possession des Ursulines d'Auxonne* (1658-1663); par le D^r Samuel Garnier, médecin en chef, directeur de l'asile de Dijon (numéros de mai, juin, juillet, août, septembre et octobre). — Au xvii^e siècle, une religieuse ursuline d'Auxonne, Barbe Buvée, fut l'héroïne d'une affaire de soi-disant possession qui fit grand bruit alors. M. le D^r S. Garnier a trouvé, à la Bibliothèque de Dijon, de nombreux et très intéressants documents sur les Ursulines possédées d'Auxonne; ces documents, il les a recueillis avec patience et sagacité et il les a ensuite publiés dans les « *Archives de neurologie* ». Dans ces derniers temps, son travail a paru en un volume (Bureaux du *Progrès médical*).

La sœur Barbe, pour des raisons diverses mais assez futiles, devint, à un certain moment, en butte à l'animosité de certaines de ces compagnes, et elle en arriva à être accusée de sorcellerie. Par ses manœuvres, disait-on, des démons s'étaient introduits dans le corps de plusieurs religieuses de son couvent. C'était là une accusation des plus graves qui, même encore au xvii^e siècle, pouvait avoir pour celle sur qui elle pesait des conséquences terribles.

Comme on le pense bien, les possédées n'étaient que des débiles plus ou moins hystériques et plus ou moins simulatrices. C'est ce que la lecture des différentes pièces reproduites par M. S. Garnier, démontre d'une façon évidente. Mais le point original de l'affaire, c'est que les soi-disant possédées obéissaient en réalité aux suggestions de plusieurs prêtres, jeunes et libertins, chargés de les confesser. On lira avec intérêt les procès-verbaux des interrogatoires des possédées, la description de leurs crises, les formules des exorcismes, etc.

Les nonnes possédées apparaissent comme des semi-imbéciles un peu dépravées et leurs confesseurs comme d'assez vilains personnages. Quant aux évêques et docteurs envoyés pour les examiner et les étudier, on ne peut leur refuser une certaine clairvoyance, puisque, en général, ils n'admirent pas la possession véritable. Ce qui étonne, par exemple, c'est leur sang-froid et leur indifférence. Rien ne les émeut et les histoires les plus dangereuses leur paraissent banales, en sorte qu'on en conclue qu'ils ont dû en ouïr et en voir bien d'autres. Un exemple : l'histoire des tampons de linge et des boyaux d'animaux introduits par les démons dans les parties honteuses des nonnes, histoire assez suggestive, il me semble, très naïvement racontée par les victimes mêmes des diabolins luxurieux, aux doctes évêques et abbés qui n'en tirent cependant aucune conséquence.

Pour en revenir à la sœur Barbe, après des souffrances cruelles et des épreuves de toutes sortes, la pauvre femme finit pourtant par triompher de ses ennemis les prêtres et les religieuses. Son histoire, en somme, n'est pas isolée. Avant la Révolution les affaires de ce genre étaient fréquentes dans les couvents, et dans toutes on trouve un même fonds complexe d'imbécillité, d'hystérie, d'érotisme, de méchanceté, de fanatisme et de haine, tout cela combiné en proportions diverses.

Qu'elle ait existé en chair et en os ou qu'elle n'ait été qu'un personnage synthétique, la *Religieuse* de Diderot a donc bien certainement vécu dans son couvent, de la vie misérable dont le philosophe donne un tableau exact.

X. — *Sur un cas de paralysie générale à forme de tabes au début chez un syphilitique*; par le D^r L. Chabbert (de Toulouse (numéro de juin). — *Observation* : Femme, quarante-trois ans. Héritéité vésanique lourde du côté paternel, mère alcoolique. La malade : enfance strumeuse, fièvre typhoïde grave à treize ans, débilité mentale native, réfractaire à toute instruction, accidents nerveux à la puberté. Trois enfants bien portants; deux ans après la dernière grossesse, syphilis qui ne me semble pas bien certaine puisqu'elle aurait été caractérisée seulement par un bouton à la vulve « entre chair et peau », légèrement ulcéré, sans adénite et sans aucune manifestation secondaire. En 1889, vertiges, névralgies faciales, amblyopie. Six mois après, crises de vomissements, puis troubles de la miction et de la défécation. Ensuite, douleurs lancinantes dans les membres inférieurs. En 1893, on trouve des symptômes du

tabes, mais pas complets, pas d'incoordination des mouvements des membres inférieurs, réflexes rotuliens conservés quoique inégaux. En outre, la parole est très lente, les facultés intellectuelles sont conservées, mais caractère très irritable. Brusquement, en la même année, apparaissent tous les signes physiques et psychiques de la paralysie générale. Le délire se caractérise d'abord par des idées de persécution, puis ensuite il devient général et incohérent.

Analysant cette observation, l'auteur démontre qu'on ne doit pas conclure à un cas de tabes ayant versé dans la paralysie générale, mais qu'il s'agit d'un cas de paralysie générale dont certaines manifestations du début ont simulé le tabes. Puis, abordant la grande question des rapports qui existent entre la syphilis et la paralysie générale, il avance que la syphilis, sans le secours de l'hérédité, est impuissante le plus souvent à créer la maladie.

XI. — *Note sur un cas de folie urémique consécutif à un rétrécissement traumatique de l'urèthre*; par le Dr A. Cullerre, médecin directeur de l'asile d'aliénés de La Roche-sur-Yon (numéro de juillet). — *Folie urémique et non folie brightique* parce que la folie est causée, non par la maladie des reins elle-même, mais par l'empoisonnement urinaire, lequel peut survenir en l'absence de maladie du rein, lorsqu'il existe un obstacle qui s'oppose à la libre excrétion de l'urine, ainsi que le prouve l'observation suivante :

Observation : Homme, trente-six ans, entré, pour la première fois à l'asile, en septembre 1893, avec le diagnostic de folie alcoolique. Seconde admission en novembre pour mélancolie avec hallucinations terrifiantes de la vue. Pas d'excès alcooliques récents.

Le malade est légèrement héréditaire et il a fait beaucoup d'excès alcooliques, mais il n'en a fait aucun pendant le temps écoulé entre sa sortie de l'asile et sa réintégration dans l'établissement. L'accès vésanique qui a nécessité la seconde admission est caractérisé par des crises panophobiques et par des fugues au dehors. A l'asile, stupeur panophobique, puis on s'aperçoit que la verge est enflée et on reconnaît l'existence d'un rétrécissement urétral considérable dû, d'après les renseignements, à une chute ancienne sur le périnée. On installe un traitement chirurgical approprié qui amène la guérison progressive du rétrécissement. Parallèlement, les symptômes psychiques s'améliorent et disparaissent.

M. Cullerre expose que l'on ne peut attribuer la production de cette maladie mentale qu'à l'alcoolisme et à l'empoisonnement urinaire, mais que l'alcoolisme ne vient qu'en seconde ligne, ce qu'il démontre par de judicieuses considérations cliniques.

XII. — *Des lésions histologiques de la paralysie générale étudiées d'après la méthode de Golgi*; par les D^{rs} Klippel et Azoulay. Travail du laboratoire du professeur Joffroy (numéro d'août). — La méthode de Golgi, qui a fait faire de si grands progrès à l'anatomie du système nerveux central, a semblé presque stérile lorsqu'on l'a appliquée à l'étude de l'anatomie pathologique. La chose s'explique, les recherches d'anatomie physiologique portent sur des embryons, parce que chez eux les cylindres d'axe ne sont pas entourés de myéline et se laissent ainsi facilement imprégner par le sel d'argent, tandis que les recherches d'anatomie pathologique portent sur des cerveaux adultes et que les cylindres d'axe sont entourés d'un manchon de myéline qui les protège contre l'imprégnation. Les auteurs ont quand même essayé d'employer la méthode de Golgi dans l'étude histologique de cerveaux de paralytiques généraux, et voici les résultats auxquels ils sont arrivés.

Un cerveau de paralytique général avancé examiné : 1° après coloration par le picro-carmin. On voit les lésions classiques de l'affection : petits vaisseaux dilatés et à parois épaissies. Ces parois sont le siège d'un processus scléreux bien évident (la paralysie était avancée, sinon c'est la diapédèse qui eût prédominé). Les cellules nerveuses atrophiées, leurs prolongements diminués de volume ou même invisibles; 2° après l'emploi de l'acide osmique. On voit, dans les cellules et les vaisseaux de l'écorce, de nombreuses granulations isolées ou en amas. Les tubes sont très diminués dans l'écorce, surtout dans la zone sous-méningée; 3° par la méthode de Golgi. On constate des altérations portant sur le panache périphérique de la tige protoplasmique, puis sur la tige elle-même; puis sur ses expansions latérales et sur les expansions protoplasmiques basilaires, enfin sur le corps de la cellule. Les altérations consistent dans une abrasion graduelle des épines couvrant les expansions, puis en l'agglutination de plusieurs épines, puis en la coalescence de ces boules pour en former de plus grosses rendant ainsi difformes les expansions et la tige. Enfin, le corps cellulaire devient globuleux ou piriforme du fait des boules irrégulières de protoplasma. A une période plus

avancée, tous les éléments ainsi déformés du neurone s'atrophient. Comme conclusion, les auteurs pensent que ces lésions cellulaires militent en faveur de cette théorie défendue par M. Joffroy, à savoir que dans la paralysie générale le processus anotomo-pathologique débute par la cellule.

XIII. — *Neurasthénie palustre*; par le D^r Triantaphyllidès (de Batoum) (numéro d'août). — La neurasthénie est parfois une manifestation larvée du paludisme. L'auteur a observé un grand nombre de cas de ce genre (au Caucase où le paludisme est très fréquent). La neurasthénie palustre consiste : 1^o en des *troubles psychiques* : apathie, aboulie, la torpeur intellectuelle est interrompue parfois, à des époques régulières souvent, par de l'agitation morbide. Découragement, tristesse sans motif; 2^o *amyosthénie*, elle est due à un épuisement rapide de l'impulsion cérébrale motrice; 3^o *troubles vaso-moteurs*. Pâleur de la face, quoique le nombre des hématies soit à peu près normal. Frissons. Refroidissement des membres avec légers accès anginiformes; 4^o d'autres symptômes peu saillants et qui manquent souvent : troubles digestifs, céphalée, la plaque spinale, névralgies diverses dissimulées. La neurasthénie palustre débute brusquement et a une marche irrégulière. Récidives fréquentes. Le traitement est celui du paludisme, les injections hypodermiques de 0 gr. 80 de quinine bimuriatique ont d'excellents effets.

L'article se termine par une série d'observations.

XIV. — *Contribution à l'étude expérimentale des manifestations nerveuses de l'arsénicisme chronique*; par Lucien Beco, chef de clinique à l'Université de Liège (numéro d'août). — Les expériences ont porté sur des lapins, des chiens et des cobayes. Sept animaux ont été intoxiqués au moyen d'injections de liqueur de Fowler, ils ont tous succombé dans le marasme après avoir présenté des conjonctivites, des troubles trophiques cutanés, des hémorragies intestinales, jamais on ne nota de parésie musculaire, les réflexes restèrent toujours normaux et il n'y eut pas de modification dans la réaction électrique. La moelle et les nerfs furent examinés avec soin, on n'y trouva aucune altération de structure.

XV. — *Nouvelle méthode graphique permettant d'enregistrer tous les tremblements, en particulier le tremblement de la langue et de certains muscles comme l'orbiculaire des lèvres*; par Le Filliatre, interne des asiles de la Seine, ex-préparateur à la Faculté de médecine (numéro de septembre). — Appareil ingé-

nieux dont la description serait difficile sans l'aide d'une figure. Les mouvements sont transmis à un tambour enregistreur au moyen d'un crin de cheval et d'un tambour à réaction. Le crin de cheval a une même tension permanente, c'était le point difficile du problème. L'auteur a obtenu cette tension invariable en faisant passer le crin de cheval sur une poulie très légère.

XVI. — *Amnésie rétro-antérograde à type continu et progressif par choc moral*; par E. Toulouse, médecin de l'asile de Saint-Yon (numéro de septembre). — *Observation*: Une dame d'une conduite très régulière, ne faisant aucun excès, à la maison qu'elle habite incendiée; elle se sauve sans blessure aucune, mais éprouve une émotion vive et une peine sérieuse causée par la perte pécuniaire résultant pour elle de l'incendie. Le lendemain, installée dans un nouveau logement, elle est bizarre, elle a l'air perdu, ne sort plus de chez elle, ou bien s'absente plusieurs jours de suite sans qu'on sache ce qu'elle fait pendant ces longues absences. Puis elle change de domicile, ne s'occupe pas, elle est du reste incapable de tout travail. On la ramasse enfin, un jour, dans les rues de la ville, elle errait depuis trois jours au hasard et sans manger. A l'asile, on constate chez elle une amnésie s'étendant sur la période de sa vie consécutive à l'incendie et remontant même plus ou moins loin dans le passé. Il s'agit, en somme, d'une *amnésie rétrograde et antérograde de reproduction et de conservation*. La plupart des malades qui font les sujets des observations analogues sont des hystériques; la dame en question, elle, n'était pas hystérique.

XVII. — *Notice sur l'asile départemental d'aliénés de Bonneval* (Eure-et-Loir); par le D^r Camuset (numéros de septembre et d'octobre).

XVIII. — *Des délires systématisés dans les diverses psychoses*. Leçons du D^r Magnan à Sainte-Anne (numéros d'octobre et de décembre). — Ces éliniques ne sont pas complètement publiées dans l'année 1894, on en trouvera les dernières parties dans les *Archives de neurologie* de 1895. La première leçon est consacrée à la *seméiologie générale*. M. Magnan y expose ses théories, bien connus de nos lecteurs, sur les grandes entités psychopathiques. Il insiste sur cette donnée si juste : la *teneur* du délire ne fournit au diagnostic que de vagues indications, l'aliéné doit être étudié dans son passé et il faut aussi rechercher les particularités pathologiques de ses ascendants. Voici, du reste, quelques-unes des principales propositions que je relève simplement à la lecture de ces conférences :

Les lésions de l'organisme sont capables de réagir sur les fonctions du cerveau, mais il ne faut pas exagérer l'influence de ces troubles organiques et admettre, par exemple, des folies diathésiques. Les sujets diathésiques qui délirent sont des prédisposés, et la prédisposition est, chez eux, la véritable cause du délire.

Il en est de même pour les délires de la ménopause, pour la folie puerpérale, etc. Un délire, en somme, ne se développe pas au hasard, il faut, pour le faire naître, une certaine *forme cérébrale* qui est presque toujours donnée par l'hérédité. L'hérédité qui plane sur toute la pathologie mentale ne marque pas également ceux qu'elle touche. Il en est qu'elle a complètement tarés, ce sont des infirmes moraux, des difformes intellectuels qui sont souvent en même temps difformes au physique. Ils constituent une espèce particulière de malades, les *héréditaires dégénérés*. Ils ont toujours, pour ainsi dire, un pied dans la folie. A l'autre extrémité de la pathologie mentale, se rangent les sujets que l'hérédité n'a presque pas atteints. Ces derniers, sous l'influence de causes puissantes de débilitation, peuvent présenter un accès de *manie* ou de *mélancolie simple*; mais, chez eux, la folie est fortuite et ordinairement ne reparaît pas. Chez d'autres, un peu plus marqués par la prédisposition, on observe le *délire chronique* à systématisation toujours régulièrement progressive. Entre eux et les héréditaires dégénérés, se rencontrent les *fous intermittents*. Tels sont les grands groupes nosologiques dans lesquels il faut étudier les *délires systématisés*.

Il existe des délires systématisés consécutifs à la mélancolie ou à la manie, ils prennent naissance dans la mélancolie ou la manie, ne suivent pas une marche progressive, ils se rattachent, en réalité, à la dégénérescence. Les accès de folie intermittente peuvent se traduire par un délire systématisé, mais la chose est rare. Inutile de s'étendre sur la systématisation du délire chronique. Ici, M. Magnan fait un parallèle entre le délire chronique et les délires systématisés des dégénérés. On observe des délires systématisés dans les intoxications, chez les prédisposés et après le délire diffus du début, où l'on observe également dans les grandes névroses. Les délires systématisés peuvent surgir à l'occasion des lésions circonscrites du cerveau, et l'activité du délire est en raison inverse de l'intensité de la lésion. Dans la paralysie générale, on note parfois les délires systématisés, soit au début, soit dans le cours des rémissions, alors que le cerveau n'est pas encore trop désorganisé.

La seconde leçon clinique est entièrement consacrée à la description du délire chronique, comme l'entend M. Magnan.

XIX. — *Hystérie. Confusion mentale et amnésie ancienne. Anesthésie généralisée. Expérience de Strumpell*; par le Dr Séglas, médecin suppléant à la Salpêtrière, et Bonnos, interne des hôpitaux (numéro de décembre). — Voici le résumé du cas clinique dont l'observation a conduit M. Séglas à poser les conclusions qu'on lira plus loin : Une jeune fille hystérique éprouve le 26 mai une émotion très violente. Son père lui a fait, ce jour-là, une scène de reproche et lui envoie un gendarme pour l'obliger à rentrer dans sa famille. La jeune fille, au lieu de se soumettre, quitte son pays et part pour Paris, où elle arrive dans un état tel qu'on doit, quelque temps après, l'envoyer à la Salpêtrière. A l'hôpital on note son air ahuri, son apathie, et on s'aperçoit qu'elle a perdu le souvenir de tous les faits postérieurs au 26 mai, l'amnésie remonte même à une époque antérieure à cette date, mais la période antérograde est incomplète. Elle présente de nombreux stigmates d'hystérie, et entre autres une anesthésie cutanée généralisée; il y a aussi perte de la notion de position des membres. On fait alors sur cette malade l'expérience de Strumpell. On sait ce qu'est cette expérience. Elle consiste à enlever la possibilité de voir et d'entendre à des sujets atteints d'anesthésie totale. Ceux-ci tombent alors dans un état de sommeil qui, pour M. Raymond, est un sommeil naturel, mais qui, pour MM. Ballet, Janet, Prouier, etc., est un état d'hypnose particulier.

Chez la malade, si on bouche les oreilles ou si on met un baudouin devant les yeux, la vie psychique continue, la malade manifestant son fonctionnement cérébral au moyen des sens dont on lui laisse l'exercice. Mais si on pratique l'occlusion simultanée des yeux et des oreilles, ou même si on ne pratique l'occlusion que des yeux ou que des oreilles seulement, mais sans exciter ensuite la malade, en l'abandonnant à elle-même, dans les deux circonstances, l'expérience de Strumpell se réalise. Le sujet dort et il présente certaines particularités physiques qui ne s'observent pas dans le sommeil normal : strabisme convergent, secousses dans les membres, respiration précipitée, etc. Si au lieu de l'exciter vivement, on l'interroge, alors qu'elle est dans le sommeil de Strumpell, on s'aperçoit que son activité intellectuelle est plus grande qu'à l'état normal. Sa sensibilité cutanée est revenue et l'amnésie a disparu. Elle raconte, avec des détails minutieux, tout ce qui s'est passé

depuis la date du 26 mai, et, fait important, on découvre qu'elle est obsédée par une idée fixe largement consciente alors, mais subconsciente à l'état normal, l'idée du gendarme qui vient lui ordonner, en la menaçant, de réintégrer le domicile paternel.

De cette observation, M. Ségas conclut à juste raison que : 1° L'état particulier qui succéda à l'expérience de Strumpell n'est pas un sommeil naturel, mais un état somnambulique; 2° cet état somnambulique peut varier chez le même malade suivant les circonstances difficiles à préciser; 3° il peut, à plus forte raison, varier suivant les malades, et c'est sans doute à ce fait qu'il faut attribuer les divergences des opinions exprimées par les auteurs.

XX. — *Contribution à l'étude de l'urine dans la paralysie générale*; par les D^{rs} Klippel, chef de laboratoire de la Faculté, et Serveaux, aide de laboratoire, licencié ès sciences (numéro de décembre). — Voici les conclusions qui résultent des nombreuses analyses pratiquées par les auteurs. On ne possède pas, pour le moment, de critérium permettant de dire immédiatement : Voici une urine de paralytique, ou permettant de faire un diagnostic différentiel. Les urines des paralytiques sont essentiellement variables comme volumes excrétés en vingt-quatre heures, quantité d'urée, de phosphates, de chlorures, présence d'albumine, et qu'on ne peut absolument pas poser de *règle absolue* pour aucune de ces données, puisque les variations sont possibles dans tous les sens. Néanmoins, si l'on ne trouve aucune variation d'un élément absolument constant, il n'en est pas moins vrai que les variations se font toujours, pour une substance donnée, d'une façon très évidente, dans la grande majorité des analyses dans un sens déterminé. On peut donc donner les caractères généraux de l'excrétion urinaire moyenne dans la seconde période de la paralysie générale, comme il suit : *Il y a polyurie* dans la seconde période de la paralysie générale, les urines peu denses sont claires, légèrement troubles, avec un dépôt muqueux assez abondant. L'excrétion de l'urée est diminuée et l'excrétion des phosphates est encore plus réduite, les chlorures au contraire se trouvent en quantité très grande. Il y a souvent de l'albumine en très petite quantité, très fréquemment des peptones et presque toujours de l'acétone.

Archives générales de médecine.

I. — *De la paralysie faciale périphérique précoce dans la période secondaire de la syphilis*; par Emile Boix, interne, médaille d'or des hôpitaux (numéro de février). — L'hémiplégie faciale se rencontre assez fréquemment dans la syphilis tertiaire; elle est plus rare déjà dans les stades avancés de la période secondaire; elle devient une exception au début des accidents secondaires, ou dans les premiers mois du chancre. Vient ici un résumé des observations recueillies dans les auteurs de ces hémiplégies faciales précoces, on en compte une vingtaine. Puis l'auteur en donne une qui lui est personnelle: paralysie faciale périphérique et zona occipito-cervical gauche chez un homme de trente-cinq ans, trois mois après un chancre. Guérison en six semaines par le traitement spécifique.

Faut-il, dans tous ces cas, admettre l'existence d'une compression du facial, en un point quelconque de son trajet intracranien, par une méningite syphilitique ou par une altération osseuse ou périostique de l'aqueduc de Fallope? On l'a cru autrefois, puis on a cherché dans le poison syphilitique l'agent directement producteur de la névrite. Cette dernière hypothèse n'est guère acceptable, selon M. Boix, à cause de la rareté des déterminations de la syphilis sur les nerfs périphériques, en sorte que cet auteur se trouve amené à examiner cette question: Les lésions méningées circonscrites ou diffuses, sont-elles possibles à une période rapprochée du chancre? Or, on sait maintenant qu'il faut répondre par l'affirmative.

II. — *Crises gastriques du tabes. Urologie et chimisme stomacal*; par Cathelineau (numéro d'avril). — D'une série d'analyses des vomissements, des urines, du suc gastrique, il résulte que pendant les crises gastriques, il y a toujours fermentation acide; d'autre part, la présence d'acide chlorhydrique libre a toujours été constatée dans les vomissements, ce qui viendrait à l'appui des recherches de MM. Sahli, Rosenthal, Simonin et Hoffmann qui ont, les premiers, remarqué ce fait.

III. — *De la confusion mentale primitive*; par le Dr Ségas. Conférences faites à la Salpêtrière, recueillies par M. le Dr H. Meige (numéros de mai et de juin). — Déjà notée par Esquirol, la confusion mentale a, depuis lui, été étudiée par de nombreux auteurs, principalement par Delasiauve. Puis on l'a négligée, oubliée en France, alors qu'à l'étranger, on perfec-

tionnait les anciens travaux français. Ce n'est que dans ces derniers temps que l'attention des aliénistes de notre pays s'est de nouveau portée sur cette forme psychopathique. La confusion mentale est, en réalité, une entité nosologique, mais elle se présente aussi comme simple syndrome dans beaucoup d'états morbides divers. Il n'est question dans cet article que de l'entité nosologique, c'est-à-dire de la confusion mentale primitive.

La confusion mentale primitive s'accompagne toujours de signes physiques, elle comprend des symptômes psychiques qu'on peut diviser en fondamentaux et secondaires. Les symptômes fondamentaux sont : un facies caractéristique exprimant l'étonnement, l'hébétéude. Des troubles de la parole, troubles à la fois de réception et d'émission. Il y a, en effet, perte de certaines images de mots et difficultés d'adapter le mot à l'idée, de coordonner les mots pour exprimer les pensées. Aussi les malades font-ils répéter les questions, puis ils s'efforcent de répondre, cherchent les expressions, commencent une phrase et ne la finissent pas, ou bien la finissent par des expressions incohérentes. Souvent ils répètent la question ou disent des mots sans suite. Très souvent aussi, il y a simplement mutisme, ou, au contraire, loquacité incohérente qui est un effet d'automatisme cérébral. Le malade ne peut fixer son attention, il existe chez lui une entrave à l'exercice de toutes les facultés qui exigent des efforts d'attention et de volonté. La sensibilité élémentaire est intacte, mais les sujets ne peuvent grouper leurs sensations ni les assimiler à ce consensus d'éléments psychiques qui constitue la personnalité. C'est pourquoi ils sont douteux, incertains. Tout ce qui les entoure leur paraît étrange, parce qu'ils ne peuvent rien interpréter. Il en est de même des sensations internes et des sensations externes, ils ne reconnaissent plus les personnes, ils ne se reconnaissent plus eux-mêmes. Les troubles de la perception retentissent sur la mémoire ; ils ne peuvent se faire des points de repaire, d'où confusion du temps, comme des personnes, comme des lieux. L'imagination créatrice est affaiblie ou même abolie. De ces troubles variés enfin dans l'exercice volontaire des opérations intellectuelles résulte cet état d'obtusion, de torpeur, de confusion qui est le fait capital de cet état pathologique.

Ces symptômes fondamentaux peuvent régner seuls, mais le plus souvent s'ajoutent à eux des symptômes secondaires : Idées délirantes, loquacité automatique, impulsions, mouvements automatiques, agitation, dépression allant du degré le

plus léger à la stupeur cataleptoïde, besoin de protection qui entraîne les malades à suivre pas à pas, comme leur ombre, certaines personnes, parents ou infirmiers, etc. A noter que les hallucinations, quand elles existent, ne sont pas l'effet d'une action réelle de l'esprit, mais qu'elles sont de simples manifestations de l'automatisme psychique.

Parmi les signes physiques, on trouve la fièvre, l'asthénie générale, l'amaigrissement, la céphalée, le tremblement des lèvres, etc.

Delasiauve admettait deux formes de confusion mentale, la forme asthénique et la forme délirante. Si l'on envisage l'intensité des symptômes, on peut diviser ainsi la confusion mentale : quand les symptômes sont très accentués, on a la démence aiguë, laquelle est apathique ou agitée. Quand elle est apathique, le fonctionnement cérébral n'est plus gêné, il est aboli. Quand les symptômes sont peu accusés, on a la stupidité légère, torpeur cérébrale de Ball.

Le début de la confusion mentale est ordinairement rapide, la durée de cette affection est variable, de quelques semaines à cinq ou six mois. La guérison est longue, présente des rechutes et il persiste de l'*aprosexie*, faiblesse de l'attention, ou bien des lésions variables de la mémoire, ou encore des idées fixes, lesquelles peuvent faire éclore un délire systématisé consécutif. La confusion mentale peut aussi aboutir à la démence ordinaire et parfois même à la mort.

Le facteur étiologique, l'hérédité, est moins puissant dans cette affection que dans les autres vésanies, c'est pourquoi le rôle des causes déterminantes est considérable. Or, les causes déterminantes se résument en cette cause unique, l'épuisement général de l'organisme.

M. Séglas termine son excellente étude par quelques considérations thérapeutiques, il recommande de ne recourir à l'isolement dans les asiles qu'à la dernière extrémité, le traitement dans la famille étant de beaucoup préférable pour les sujets atteints de confusion mentale.

IV. — *La maladie de Morton*; par le Dr F.-J. Bosc, chef de clinique à la Faculté de Montpellier (numéros de juillet et d'août). — La maladie de Morton, ainsi nommée du nom du médecin qui l'a décrite le premier, est une névralgie métatarsienne antérieure. Cette maladie survient par accès, lesquels sont caractérisés par quatre grands faits : 1° la douleur soudaine; 2° la localisation de cette douleur à la base du qua-

trième orteil; 3° la coexistence d'un état cérébral particulier; 4° l'absence de toute lésion locale. En ce qui concerne la coexistence d'un état cérébral particulier, la clinique démontre que les accès apparaissent à un moment où le système nerveux est déprimé, que les sujets sont plus ou moins neurasthéniques et que quand la crise se déclare, ils éprouvent une sensation de chaleur à la face, des fourmillements, des sueurs, et comme une couche d'eau le long de l'épine dorsale, etc.

La maladie de Morton est une affection essentiellement chronique, elle a trois formes : les formes grave, moyenne et légère. La forme grave est paroxystique ou continue. Dans cette dernière, les accès sont excessivement fréquents, la douleur est atroce et persiste même au repos. Il en résulte un retentissement fâcheux sur le système nerveux, des contractures réflexes, des névrites (?) et même des atrophies.

Cette affection reconnaît des causes prédisposantes et des causes occasionnelles. Parmi les premières, l'adolescence, le sexe féminin, les habitudes de vie luxueuse. Parmi les secondes, les marches longues, les traumatismes, la dépression cérébrale consécutive aux excès.

On a voulu rattacher la maladie de Morton à l'hystérie, mais l'auteur n'est pas de cet avis, il croit « qu'elle est un syndrome de parenté neurasthénique. »

V. — *Des paralysies laryngées dans la fièvre typhoïde*; par les D^{rs} M. Boulay et H. Mendel, anciens internes des hôpitaux (numéro de décembre). — Les paralysies laryngées ne sont pas excessivement rares dans la fièvre typhoïde, quoique cette complication n'ait guère été signalée dans les traités classiques. Il est certain qu'on a souvent attribué à des phlegmasies du larynx les accidents qui dépendaient de la paralysie de cet organe.

Les paralysies laryngées d'origine typhique se présentent sous quatre formes : Paralysie des dilatateurs; paralysie des constricteurs; paralysie d'un récurrent; paralysie des deux récurrents. 1° Paralysie des dilatateurs : dans le cours de la fièvre typhoïde ou pendant la convalescence, les sujets sont brusquement atteints de gêne respiratoire, l'inspiration est presque impossible. Au laryngoscope, on voit la muqueuse normale, mais les cordes vocales sont très rapprochées l'une de l'autre. Le pronostic est sévère. Cependant les malades trachéotomisés peuvent parfois enlever leur canule après quelques semaines et la guérison persiste; 2° la paralysie des constric-

teurs est moins fréquente, elle est aussi moins grave puisqu'elle n'intéresse que la voix et que la respiration n'est pas gênée; 3° la paralysie d'un récurrent ou de deux récurrents est plus rare encore, elle nécessite la trachéotomie.

La pathogénie de ces paralysies est obscure. On a invoqué la propagation de la phlegmasie pleurale aux récurrents, la compression de ces nerfs par des ganglions tuméfiés; on a aussi admis une lésion nerveuse, ou une lésion musculaire et même une lésion articulaire du larynx.

Annales d'Hygiène publique et de Médecine légale.

I. — *Observations de mensonges ou prétendus mensonges des hystériques*; par le D^r Ch. Vibert (numéro de février). — Il y a longtemps qu'on a remarqué combien les hystériques étaient portés à faire des récits faux, à inventer des histoires ne reposant sur rien de réel.

La plupart des médecins ont fait de ce singulier besoin d'attirer l'attention sur soi, un des traits essentiels du caractère des hystériques. C'est, dit l'auteur, une interprétation qui ne saurait être acceptée sans réserve, et qui ne s'adresse pas à tous les cas indistinctement. Bon nombre de ces prétendus mensonges ne méritent pas ce nom, le malade croit de bonne foi aux histoires qu'il raconte, parce qu'il ne possède pas le criterium de l'objectivité des choses et des événements. Voici des exemples à l'appui de cette thèse :

1^{re} *Observation* : Une jeune domestique est trouvée bâillonnée, étendue à terre et couverte de sang dans l'appartement de sa maîtresse. Elle raconte que, rentrant dans l'appartement, sa maîtresse absente, elle a trouvé un homme occupé à fouiller dans l'armoire, que cet homme s'est jeté sur elle, l'a terrassée, bâillonnée, puis a disparu. Ce récit est reconnu complètement faux; la jeune fille déclare alors que ce qu'elle avait dit n'avait pas dû se produire, et « qu'elle ne s'en souvenait plus ». Des renseignements pris sur cette jeune fille il résulte qu'elle n'est pas héréditaire, qu'elle a accouché il y a deux ans, qu'elle est enceinte actuellement, d'environ trois mois, et que depuis son accouchement elle a présenté à plusieurs reprises des manifestations hystériques caractéristiques, convulsions, délire, etc. Elle souffrait beaucoup depuis quelque temps, insomnie, oppression très pénible, troubles de la sensibilité générale et même

hallucinations de la vue. Elle voyait tout à coup un homme qui la serrait dans ses bras à l'étouffer. Le jour du prétendu attentat elle était encore plus malade qu'à l'ordinaire, mais elle ne se souvient pas de ce qui lui est arrivé ce jour-là à partir du déjeuner.

Elle se rappelle très vaguement le récit qu'elle a fait aux voisins, puis ensuite au commissaire de police; mais, dans l'après-midi, brusquement elle s'est sentie « toute changée », elle a douté de la réalité de ce qu'elle avait raconté, et bientôt elle a compris qu'un voleur n'avait pu pénétrer dans la maison. Examinée avec soin, la jeune fille présente de nombreux stigmates d'hystérie. Elle paraît intelligente et s'exprime clairement. Eh bien, il est difficile de croire que cette hystérique a simplement joué une comédie. Elle est assez intelligente pour comprendre quelles devaient être les conséquences de celle-ci : la perte de sa place, son arrestation, l'abandon de son amant. La scène de la prétendue agression apparaît comme un phénomène psychique inconscient. C'est un incident survenu au milieu d'un état mental troublé depuis longtemps. Il s'agit là, en somme, d'un accès de somnambulisme hystérique. La malade a fait plus que de réaliser son rêve, elle a rempli à la fois les rôles d'auteur et de spectatrice. Elle a accompli les actes que devait exécuter le personnage créé par son imagination.

2^e Observation. — Il s'agit, dans ce second cas, d'un homme de trente ans, hystérique, qui raconte avoir été victime d'un accident de voiture, accident imaginaire selon toute probabilité. L'analyse de l'état mental de cet hystérique conduit aux mêmes conclusions que l'analyse de l'état mental de la jeune domestique de l'observation précédente.

En terminant sa communication, M. Vibert tient à ajouter que l'aptitude au mensonge n'est pas à son avis l'apanage des hystériques exclusivement. On la trouve chez d'autres malades auxquels la qualification d'hystérique ne convient pas, à moins de donner à ce terme une extension indéfinie.

II. — *De la folie par commotion cérébrale et de ses rapports avec la législation militaire*; par A. Rigal, médecin-major de 1^{re} classe à l'hôpital militaire Saint-Martin (numéros de mars et d'avril). — Cinq observations de folie à la suite de traumatisme céphalique ayant produit de la commotion cérébrale. L'auteur expose ensuite, avec statistiques à l'appui, que la folie augmente de fréquence dans l'armée et qu'on note souvent les traumatismes parmi les causes qui semblent la déterminer. La folie

par commotion cérébrale mérite donc d'être étudiée d'une façon spéciale. D'après les recherches et les observations personnelles de l'auteur, sous l'influence de l'action traumatique, l'aliénation mentale se manifeste sous trois formes représentant chacune un des types de la folie vulgaire : La folie morale, la manie ou la mélancolie avec démence consécutive, la paralysie générale. A ce propos vient une dissertation sur la pathogénie de la folie par commotion cérébrale. L'auteur examine les idées de MM. Magnan et Christian principalement, mais il ne paraît pas poser de conclusions fermes ; son étude critique n'en est pas moins intéressante. Dans un dernier chapitre : *Rapports de la folie par commotion cérébrale avec la législation militaire*, il énonce plutôt qu'il ne résout plusieurs problèmes très délicats qui ont trait, par exemple, à l'état mental des sujets pendant le laps de temps écoulé entre l'action du traumatisme et l'apparition des signes de la folie bien caractérisée.

III. — *Affaire More. Tentative de meurtre. Rapport médico-légal* ; par le Dr Paul Garnier, médecin en chef de l'infirmerie spéciale du dépôt (numéro de mai). — On se rappelle l'histoire du cocher More, le « cocher-poète », comme on le nommait. More était arrivé de son village à Paris, absolument illettré ; mais il suivit des cours, travailla seul et parvint à acquérir une certaine instruction, fort élémentaire bien entendu. Il lisait surtout les vers et était enthousiaste de Victor Hugo ; il en arriva à se reconnaître poète lui aussi. En réalité, ses vers étaient très incorrects, mais ils n'étaient pas incohérents et parfois même ils renfermaient quelques idées. Le hasard fit qu'une fois V. Hugo monta dans sa voiture, il refusa le prix de la course, trop heureux d'avoir eu l'honneur de conduire le grand poète. On sait combien V. Hugo était bienveillant pour les petits, pour les humbles ; un jour, il invita More à sa table et lui fit déclamer ses vers. A partir de ce moment, l'orgueil du cocher-poète, très remarquable déjà, devint immense ; on vit More dans les réunions publiques, dans les banquets populaires, etc., partout il pérorait et combattait, pour les soutenir, les revendications de la classe ouvrière. Naturellement il négligeait son métier, ce qui fit qu'à la fin il tomba dans la gêne. Il pensa alors à se créer des ressources en publiant ses œuvres, et il s'adressa à M. Lockroy pour l'aider dans son entreprise ; mais il ne trouva pas dans le député de Paris, l'aide qu'il espérait. La conduite de M. Lockroy à son égard lui apparut comme une injure impardonnable, et il résolut de se venger. En pleine

période électorale, dans une réunion publique, il tira à bout portant un coup de revolver sur son ennemi.

M. Paul Garnier, dans son rapport, présente une analyse très juste et très claire de l'état mental de More. Il démontre que l'accusé est un déséquilibré, impressionnable à l'excès. Dans sa situation mentale, les ordinaires mécomptes de la vie devaient prendre une importance exceptionnelle et se transformer en *griefs impardonnables*. Sa perspective mentale se modifiait considérablement, troublant toutes les proportions des choses. Il n'avait plus le sentiment des mesures. Il n'est pas un aliéné, il n'a obéi ni au délire de la folie, ni à une impulsion pathologique. Mais il est incontestable que l'inculpé est un déséquilibré, un *imaginatif*, dont le jugement présente d'importantes lacunes. En conclusion, More calme, lucide, exempt de tout délire, est en état de rendre compte de sa tentative homicide devant la justice. Les lacunes de son organisation morale, sa déséquilibration doivent être considérées comme des motifs d'atténuation de sa responsabilité pénale.

More fut condamné à six ans de travaux forcés.

IV. — *Conformation des organes génitaux chez les idiots et les imbéciles*; par le Dr J. Voisin (numéro de juin). — Voici les principales conclusions de cette étude : Contrairement à ce qui arrive pour les garçons, la puberté n'est pas retardée chez les filles idiotes ou imbéciles, et chez elles les signes de la puberté ne se développent pas simultanément. Ainsi le système pileux se développe le premier de neuf à douze ans, le développement des glandes mammaires se fait aussi de bonne heure, de douze à quatorze ans en général. Les menstrues apparaissent de quatorze à quinze ans. Les anomalies des organes génitaux sont assez fréquentes; l'auteur n'a trouvé ces organes normaux que dans la proportion de 14 p. 100. Les anomalies portent surtout sur le capuchon du clitoris, les petites lèvres et l'hymen. Le capuchon est très volumineux, plissé et très large, il peut arriver à 8 centimètres de longueur. Les petites lèvres sont hypertrophiées et souvent inégalement. Les particularités les plus importantes ont trait à l'hymen qui est ordinairement labié.

A noter que presque toutes les petites idiotes, celles de la Salpêtrière au moins, sont déflorées par suite d'onanisme. Il est très important, au point de vue médico-légal, de bien connaître les dispositions habituelles de l'hymen chez ces enfants, ses déchirures, ses adhérences avec les petites lèvres, afin de ne pas

confondre la défloration due à la masturbation avec la défloration suite du viol.

V. — *Quelques mots sur deux cas de tératologie*; par le Dr Louis Sentex (numéro de septembre). — Il s'agit de deux enfants nés d'un père, âgé de vingt-cinq ans et d'une mère, âgée de vingt-deux ans, tous deux d'une très bonne santé. Il n'existe pas de malformation chez les ascendants ou les frères et sœurs de la mère; le grand-père paternel des enfants, mort jeune, « avait un bras beaucoup plus court que l'autre ». Les deux grossesses ont été heureuses et les deux accouchements faciles. L'aînée des enfants est vigoureuse et a la mine éveillée, les malformations qu'elle présente ne portent que sur les membres supérieurs. Le membre supérieur droit, mesuré de l'acromion à l'extrémité des doigts, a 17 centimètres de longueur. On ne trouve rien qui ressemble à l'articulation du coude, il existe des plis transversaux au-dessus de la main et, à ce niveau, des mouvements de flexion et d'extension peu prononcés sont possibles. La main est constituée par quatre doigts et on ne trouve que quatre métacarpiens. La sensibilité est normale sur tout le membre. Le membre supérieur gauche est beaucoup plus court que le droit, il n'a que 11 centimètres, la main n'a que trois doigts. Le frère de cette petite fille offre à peu près les mêmes malformations que sa sœur, seulement la malformation du côté gauche chez la petite fille se trouve, chez le garçon, du côté droit et *vice versa*.

D'après la classification de Geoffroy Saint-Hilaire, ces enfants sont des monstres de la classe des *unitaires*, de l'ordre des *autosites*, de la famille des *ectroméliens* (ἐκτρομῶω, je fais avorter; μέλος, membre), du genre *phocomèle* (φώκη, phoque, μέλος). Quelle est la cause de cette monstruosité? On est autorisé à la rechercher dans l'hérédité, puisque le grand-père paternel avait un bras beaucoup plus court que l'autre. Alors ce serait un cas d'hérédité atavique alternante. Quant à la cause directe, on doit admettre qu'elle a agi à une époque assez rapprochée de la formation embryonnaire, puisque les segments de membres supérieurs, les *palettes palmaires*, apparaissent au cours de la cinquième semaine. Quelle est la nature de cette cause? Amputations spontanées *in utero*; compressions amniotique; altérations des filets nerveux et atrophie des renflements médullaires; toutes ces hypothèses peuvent avoir des partisans.

VI. — *Outrage public à la pudeur*; par le Dr Motet (numéro de septembre). — Un homme de cinquante-quatre ans,

docteur en médecine, fut surpris au Bois de Boulogne, par un garde, alors qu'en compagnie d'un jeune homme, il se livrait sans doute à la masturbation réciproque. Les deux accusés nièrent et expliquèrent la posture dans laquelle ils se trouvaient en affirmant que l'un, le médecin, donnait en plein vent une consultation à l'autre, le jeune homme, atteint de la chaude-pisse. L'accusation était cependant des mieux fondées et, quoiqu'il en soit, voici en quelques mots l'histoire du docteur. Son père était buveur et sa mère très nerveuse ; lui, passe toujours pour un original ; il présente des stigmates physiques de dégénérescence, de l'asymétrie crânienne et du strabisme. Enfant, il se livrait avec ardeur à la masturbation et, le plus qu'il pouvait, il initiât ses petits camarades à ses pratiques d'onanisme. Jeune homme, il resta masturbateur, éprouvant presque de la répulsion pour les femmes. En même temps, il avait des tendances mystiques, le contraire surprendrait, et il fit plusieurs noviciats pour entrer dans des congrégations religieuses. Avec de telles dispositions, il finit pourtant par se marier, mais il n'eut jamais de lui-même pris une semblable détermination. Il se maria parce qu'on le poussait à se marier et il épousa la sœur de la maîtresse d'un de ses amis. Il a un fils âgé aujourd'hui de vingt ans. Naturellement, son ménage fut des plus troublés, le calme et l'union n'y régnèrent jamais. Sa vie fut accidentée, il voyagea on ne sait où ; il fut précepteur et on le chassait parce qu'il corrompait ses élèves. Enfin, il y a un an ou deux, il s'installa à Paris comme médecin-accoucheur, ses goûts ne devaient cependant pas le porter vers la gynécologie. En outre de ses dépravations génitales, ce malheureux dégénéré présentait toute une série de syndromes épisodiques de la dégénérescence mentale : il avait l'horreur du cuivre ; il était obligé de compter les maisons dans les rues ; certains attouchements lui produisaient de l'angoisse, etc. M. Motet insiste, dans son rapport, sur les lésions de la volonté évidentes chez un tel sujet, lequel, les sollicitations instinctives une fois éveillées, ne trouve pas dans son organisation cérébrale défectueuse un appoint de résistance suffisant, et cède à la manière des impulsifs. Il termine en le déclarant irresponsable. Le Tribunal, acceptant cette conclusion, a acquitté le prévenu.

VII. — *Considérations médico-légales sur les troubles fonctionnels consécutifs aux traumatismes simulés ou exagérés ;* par le D^r Ch. Legrain, médecin-major (numéros d'octobre et de novembre). — Il y a, dans cette étude de médecine légale,

avec de nombreuses et judicieuses considérations appartenant à la pathologie ordinaire, quelques parties qui se rattachent à notre spécialité, je n'ai à noter ici que ces dernières. Ainsi l'auteur s'étend beaucoup sur l'hystéro-traumatisme, et avec raison, car ces questions, dans lesquelles il s'agit de rechercher la part qui revient au traumatisme lui-même et celle qui revient à la prédisposition individuelle du sujet, sont d'une très grande difficulté. La névrose provoquée par un traumatisme a, d'après M. Legrain, les caractères suivants : 1° un début brusque ; 2° une apparition tardive à une époque souvent avancée de la vie, âge moyen le plus souvent ; 3° une marche et une terminaison caractérisées par ce fait que les accidents sont le plus souvent transitoires ; 4° un ensemble symptomatique qui est presque toujours le même. La paralysie flasque peut atteindre les deux membres d'un même côté, un membre isolément, même un segment de membre. On observe aussi la paraplégie qui est peut-être plus fréquente que les autres troubles moteurs. En pratique, il ne faut pas oublier qu'on rencontre rarement un symptôme isolé, et c'est cet ensemble d'anomalies psychiques, de désordres de la motilité et de la sensibilité, qui ne peut guère être simulé même par l'initié le plus ingénieux, qu'il faut s'attacher à déconvrir. Il existe cependant plusieurs causes d'erreurs qui résident : 1° dans la possibilité du développement insidieux d'une myélite consécutivement à un violent traumatisme, la commotion de la moelle, par exemple. La véritable myélite a des symptômes qui acquièrent chaque jour une plus grande netteté, ce sont : une atrophie considérable, des troubles trophiques cutanés, une paralysie spasmodique avec exagération des réflexes, paralysie des sphincters, etc. ; 2° la possibilité, après un fort traumatisme, des lésions nerveuses périphériques, et qui ne sont nullement liées à l'hystérie.

Le diagnostic hystéro-traumatisme établi, il faut, au point de vue de la revendication par le blessé de dommages-intérêts, rechercher la part qui revient au trauma et celle qui revient à l'hystérie latente du sujet. Il ne faut pas oublier que si le plus souvent le trauma réveille simplement l'hystérie latente qui n'attendait qu'une occasion pour se développer, il en est d'autres où il semble réellement avoir provoqué la névrose.

L. CAMUSET.

BIBLIOGRAPHIE

La névrose traumatique. Etude médico-légale sur les blessures produites par les accidents de chemins de fer et les traumatismes analogues; par le D^r Ch. Vibert, expert près le tribunal de la Seine, chef des travaux d'anatomie pathologique au laboratoire de médecine légale de la Faculté de médecine. Paris, 1893. J.-B. Baillière et fils, éditeurs.

M. Vibert a publié ces temps derniers, principalement dans les *Annales de médecine légale et d'hygiène publique*, plusieurs articles sur les troubles pathologiques qui surviennent plus ou moins longtemps après les traumatismes violents. Ce sont ces articles complétés, classés et reliés ensemble, qu'il a rassemblés en un volume, lequel renferme ainsi une étude importante sur une question qui n'a pas, jusqu'à présent, suffisamment attiré l'attention. Il serait superflu de faire ressortir l'intérêt d'un pareil travail, tant au point de vue purement scientifique qu'au point de vue médico-légal.

Un traumatisme grave, non seulement produit des blessures extérieures diversement localisées, mais encore imprime à l'organisme un ébranlement violent. D'où des désordres consécutifs, surtout du côté du système nerveux, désordres qui s'adaptent mal au cadre pathologique classique, ce qui a suggéré à l'auteur l'idée de les désigner dans leur ensemble sous le nom de *névrose traumatique*. Ces troubles morbides consécutifs s'observent particulièrement à la suite des accidents de chemin de fer, ces sortes d'accidents produisant en général des commotions, des ébranlements considérables. M. Vibert, avec son expérience spéciale, pouvait mieux que personne étudier cette question.

Le savant médecin légiste a voulu que son étude fût aussi complète que possible, et il ne passe sous silence aucun des troubles pathologiques consécutifs aux grands traumatismes. C'est ainsi qu'il expose d'abord les désordres qu'il a observés dans les fonctions de la digestion, de la respiration, de la circulation, à la suite de blessures n'intéressant directement ni les

organes digestifs, ni le cœur, ni les poumons. Je ne le suivrai pas dans cette partie de son travail. Mais il arrive bientôt aux désordres nerveux, et je dois donner un aperçu de cette étude qui rentre complètement dans le domaine de la neuropathologie, et qui est, du reste, le fonds même du livre.

Nous commençons par les troubles cérébraux. Il arrive que chez quelques sujets les conséquences graves de l'accident consistent uniquement en des troubles des fonctions cérébrales, troubles qui ne sont pas toujours, loin de là, proportionnels aux accidents immédiats. On observe l'affaiblissement de l'intelligence, des troubles des sens spéciaux et de la sensibilité générale, la démence progressive enfin n'est pas exceptionnelle. — Les troubles fonctionnels du côté de la moelle épinière sont aussi assez souvent notés; ils peuvent se combiner, et la chose n'est pas rare, avec les troubles cérébraux. Nous arrivons ici à une collection nombreuse d'observations en général assez détaillées. M. Vibert a recueilli tous les cas intéressants de sa pratique, et cette casuistique va lui servir ensuite à établir l'histoire de tous ces accidents nerveux divers qu'il a englobés, comme je l'ai dit, sous le nom de *névrose traumatique*.

Ce mot de névrose traumatique n'a pas été choisi pour affirmer une doctrine médicale, mais uniquement parce qu'il est excellent au point de vue pratique; il désigne cette même maladie, appelée par les uns *hystérie traumatique*, par les autres *hystéro-neurasthénie traumatique*, et qui est en réalité une maladie médico-légale pour ainsi dire, parce qu'elle est presque toujours l'occasion de procès. Se basant sur ses observations, M. Vibert lui attribue plusieurs formes : 1° la forme hystérique; 2° la forme commune, dans laquelle les convulsions, les paralysies, les anesthésies... n'existent pas ou jouent seulement un rôle très secondaire. Toute l'affection est caractérisée par un état mental *sui generis* : les malades sont tristes, inquiets, irascibles, abouliques; leur mémoire est affaiblie, ils ont de la céphalalgie, de l'angoisse, ils dorment et digèrent mal, etc.; 3° la forme avec prédominance d'un symptôme particulier : palpitations, dyspnée, syncope, troubles psychiques. Tous les cas qu'on rencontre dans la pratique peuvent rentrer dans une de ces trois catégories.

Cette étude se termine ici, après quelques mots de discussion doctrinale sur la nature de la névrose traumatique. Telle est, dans ses grandes lignes, l'étude de M. Vibert qui, en la publiant, a évidemment rendu un service signalé aux médecins

légistes, et, j'ajouterai, aux magistrats. Cette étude figurera aussi dans la bibliothèque des neuropathologistes, parce qu'elle renferme des observations nombreuses et intéressantes de troubles nerveux divers, et qu'elle complète certaines données de Charcot sur le même sujet. Mais il est certain que ce sujet n'est pas épuisé, et que l'avenir ajoutera à nos connaissances sur les accidents nerveux consécutifs aux grands ébranlements physiques et psychiques.

L. CAMUSET.

Mental physiology especially in its relations to mental disorders (Physiologie mentale principalement dans ses rapports avec les désordres psychiques); par le D^r T. B. Hyslop. 1 vol. in-8, 552 p., London, 1895.

Le D^r Hyslop s'est proposé dans ce livre « d'étudier concurremment les phénomènes cérébraux et psychiques les plus saillants sous leur double aspect normal et morbide, en se tenant complètement à l'écart des doctrines philosophiques. » La physiologie mentale est une branche de la physiologie proprement dite; elle a pour but de découvrir l'organisation somatique qui sert à la manifestation des opérations mentales, ou encore de chercher les relations qui peuvent exister entre les deux processus cérébral et psychique sans avoir la prétention de faire la lumière sur leur nature intime ou leur origine causale.

Après quelques considérations dans cet ordre d'idées, l'auteur consacre deux chapitres à l'anatomie de l'écorce, puis il entre dans le cœur de son sujet par l'étude des localisations cérébrales.

La lecture de cette partie de l'ouvrage est un peu décevante; non pas qu'elle soit insuffisamment documentée bien que la science française ne nous paraisse pas y occuper la place qui lui revient, mais parce que l'auteur uniquement soucieux de ne pencher du côté d'aucune doctrine particulière, s'épuise en efforts d'équilibre et n'aboutit à aucune conclusion. Ou plutôt il aboutit implicitement à des conclusions négatives comme celles-ci par exemple : la localisation exacte des points excitables du cortex est de haute valeur au point de vue de la détermination des lésions épileptogènes, mais il n'en est pas de même en ce qui concerne la localisation des phénomènes men-

taux. Ou encore : quelques observateurs soutiennent que l'intelligence est plus spécialement liée aux couches superficielles de l'écorce, mais cette supposition elle-même n'est pas démontrée d'une façon concluante. Et celle-ci encore : certaines modifications psychiques, certaines hallucinations ne peuvent être expliquées par une perturbation physiologique du cerveau.

L'auteur, en un mot, semble trop exclusivement préoccupé de prouver que nous ne savons rien, ce qui lui fait parfois oublier de nous dire tout ce que l'on sait.

Le livre se continue par l'étude de la sensation et de la perception, puis viennent les perversions sensorielles, les illusions et les hallucinations. Les quelques progrès accomplis dans la connaissance de ces dernières depuis quelques années ne sont pas mentionnés ; il est vrai qu'ils sont dus à des auteurs français. Ici encore nous retrouvons la trace de cette tournure d'esprit négative chère à l'auteur : après une longue dissertation sur le mécanisme des erreurs sensorielles, il aboutit à cette conclusion que « nous sommes incapables de dire qu'elle est la cause physiologique de l'hallucination ».

Les processus mentaux de l'attention, de la conception, du jugement, de l'imagination, la mémoire, les sentiments et la volonté sont ensuite étudiés sous leur double aspect normal et morbide. Les amnésies n'y tiennent pas beaucoup de place, non plus que les désordres de la volonté, si importants en pathologie mentale ; peut-être convient-il d'incriminer à ce propos le plan de l'auteur plutôt que l'auteur lui-même. Il est bien évident que dans cette étude parallèle des phénomènes normaux et pathologiques, l'un des points de vue devait forcément rester au second plan et, dans le cas actuel, c'est le point de vue morbide qui a été sacrifié.

Les deux chapitres qui terminent l'ouvrage sont exclusivement consacrés aux facteurs de la folie. Ils résument convenablement les notions classiques concernant les causes et les origines des troubles de l'esprit étudiées à un point très général.

A. CULLERRE.

Les troubles de la marche dans les maladies nerveuses ; par le D^r Paul Blocq, chef des travaux anatomo-pathologiques de la Salpêtrière, 1 vol, in-18, Paris. Rueff et C^{ie}, éditeurs.

Étude de séméiologie qui fait partie de la Bibliothèque médicale publiée sous la direction des professeurs Charcot et Debove,

et qui porte bien le cachet de l'École de la Salpêtrière. Elle est un exemple de la méthode d'investigation rigoureuse en clinique, cette méthode que Charcot et ses élèves ont toujours observée dans leurs admirables travaux. Méthode foncièrement scientifique qui fait de la clinique une sorte de synthèse des sciences physico-chimiques et biologiques, mais, il faut l'avouer, méthode difficile et qui exige une patience et une persévérance imperturbables. Il ne suffit pas, en effet, comme autrefois, de rechercher tous les symptômes morbides, de les décrire avec soin et de les suivre dans leur évolution, il faut au besoin recourir aux instruments de précision pour mesurer, tracer, comparer; il faut tâcher de reproduire au laboratoire, à la lumière de la physiologie, chaque particularité morbide et d'en découvrir la pathogénie; il faut enfin, à l'amphithéâtre, s'efforcer de trouver des corrélations entre les symptômes et les groupes de symptômes et des processus anatomiques morbides, afin d'établir la raison anatomique des divers syndromes. Mais avant tout, et c'est peut-être là la plus grande de toutes les difficultés de la méthode, il faut se garder des conclusions hâtives.

M. Blocq, un élève de Charcot, s'est conformé, autant que le sujet s'y prêtait, aux préceptes du maître, et on est étonné du nombre des propositions théoriques qu'il rappelle ou expose à propos de la séméiologie des troubles de la marche dans le cours des maladies nerveuses. Les troubles de la marche ont certainement toujours été regardés comme importants dans la symptomatologie des affections cérébro-spinales, mais on se contentait de les constater et on ne les analysait que superficiellement, en réalité on les connaissait très mal.

Le travail de M. Blocq est complet et parfaitement ordonné, en sorte que, malgré l'étendue de son sujet, il reste très clair. Le sujet est, en effet, très vaste; les troubles de la marche sont excessivement fréquents et variés dans les maladies nerveuses. Quand l'auteur a voulu énumérer celles dans le cours desquelles on les rencontrait, il a judicieusement fait remarquer qu'il serait plus simple et plus facile de citer celles dans le cours desquelles on ne les rencontrait pas. Il les a pourtant indiqué toutes, mais au moyen d'un classement spécial; c'est également en les classant et en établissant parmi eux des types, un peu artificiels parfois peut-être, qu'il est arrivé à former le tableau de tous les troubles de la marche. Voici, du reste, quelques indications qui suffiront pour faire saisir son procédé d'exposition :

Il donne d'abord la physiologie de la marche normale en insistant sur le côté purement psychologique du sujet, la mémoire organique des éléments médullaires qui commandent des mouvements dans la marche, mémoire inconsciente naturellement produite par la répétition de mouvements conscients. On voit que l'auteur adopte la théorie de M. Ribot. Il énumère ensuite les classes nosologiques qui comprennent les nombreuses maladies nerveuses pouvant compter des troubles de la marche parmi leurs symptômes. Étudiant alors ces troubles en eux-mêmes, il en cherche la pathogénie, ce qui l'amène à reconnaître des dystasies motrices, sensitives, psychiques et trophiques. Vient alors la technique à suivre pour la recherche de ces différentes dystasies, le procédé de M. Gilles de la Tourette est excellent. Pour mettre de l'ordre dans toutes ces modifications morbides de la marche, il les classe ainsi : Dystasies unilatérales et bilatérales, rectilignes et titubantes. Chaque division se subdivise à son tour en spasmodique, non spasmodique et mixte. Cette division est évidemment artificielle, mais il ne s'agit pas d'établir une classification nosologique plus ou moins logique; il s'agit d'un classement permettant de retrouver méthodiquement toutes les variétés d'un fonctionnement pathologique. Tout ce qui précède bien établi, il devient facile à l'auteur d'aborder son dernier chapitre, l'étude du diagnostic et de la valeur sémiologique de toutes les variétés de dyastase.

En somme, le livre de M. Bloeq est remarquablement bien ordonné, il traite un point important de neuropathologie qui n'a, je crois, pas encore été étudié d'une façon spéciale, chez nous au moins. Sous un petit volume, il renferme beaucoup d'érudition; il est en même temps un guide précieux pour le praticien.

L. CAMUSET.

Nota preventiva sopra tre casi di trapanazione del cranio
(Note anticipée sur trois cas de trépanation du crâne); par le
Dr Oscar Giacchi. Forlì, 1893.

L'auteur se réservant d'exposer plus tard dans tous leurs détails les observations de ses malades, se contente dans l'opuscule que nous avons sous les yeux d'indiquer à grands traits les circonstances dans lesquelles sa triple intervention lui a paru légitime. Il s'agit de :

1° Un idiot avec épilepsie jacksonienne;

2° Un épileptique classique avec troubles intellectuels;

3° Un épileptique à forme larvée.

I. — Enfant de dix ans complètement idiot, impulsif jusqu'à la férocité bestiale, atteint dès le berceau d'épilepsie partielle intéressant la partie droite de la face et le bras du même côté. Langage à peu près absent et se bornant au seul mot : non. — Après l'opération, faite au niveau de la circonvolution prérolandique (F. A.) et de la 3° pariétale (?) (coté gauche) la névrose se généralise et l'enfant présente désormais des crises comitiales classiques, mais plus rares et moins fortes. En même temps son intelligence et son langage se développèrent assez pour qu'il lui fût possible de prononcer distinctement et de retenir un grand nombre de mots, noms ou verbes avec la conjugaison de ces derniers.

II. — Jeune homme de 21 ans, robuste, atteint d'épilepsie classique avec impulsions et crises maniaques; l'opération faite dans la zone rolandique gauche n'est suivie d'aucun succès.

III. — Vieillard de 65 ans, atteint de manie périodique à forme impulsive, avec échéances bi ou trimestrielles, considéré comme épileptique larvé par l'auteur et Lombroso lui-même; porteur à la région frontale (sans indication de côté) d'un enfoncement du crâne assez profond pour admettre une petite noix.

La trépanation nécessite une grosse couronne et met à découvert un hématomie de la dure-mère qui est opéré. Trois mois après l'opération (moment où l'auteur écrit) le sujet n'avait pas encore eu sa crise habituelle; la dernière éprouvée par lui remontait à 6 mois.

D^r NICOLAU.

Solchi dell' arteria meningea media nell' endocranio in cento sani e in duecento infermi di mente (Les sillons endocrâniens de l'artère méningée moyenne chez cent valides et deux cents malades d'esprit); par le D^r Joseph Peli, sous-directeur de l'asile de Bologne. — Reggio nell' Emilia, 1893.

Après un rapide historique de la question, destiné surtout à exposer par quelle suite d'idées, il en est venu à comparer cent crânes de sujets normaux à deux cents crânes d'aliénés sous le point de vue spécial que signale le titre de son opuscule, le docteur Peli met en regard les chiffres obtenus dans des recher-

ches similaires par Danillo, Lombroso et lui-même. De cette comparaison il tire les conclusions suivantes :

Chez les microcéphales, les sillons endocrâniens de l'artère méningée moyenne offrent des deux côtés un égal développement, mais cette symétrie est de règle chez eux seuls; généralement ces sillons se rencontrent plus marqués à gauche, chez les adultes normaux, les criminels, les aliénés et les singes anthropomorphes.

D'autre part, si l'on compare les statistiques de Danillo pour les hommes et les singes, et celle de Lombroso pour les criminels, on constate qu'il n'existe qu'une différence légère entre les chiffres afférents à la prédominance latérale gauche et ceux relatifs à la parité bilatérale, alors que, selon les recherches de l'auteur, cette différence devient notable chez les aliénés et davantage encore chez les normaux, le côté gauche l'emportant sur l'autre: l'asymétrie serait donc plus fréquente chez les gens de conscience intacte.

Les sillons de l'artère méningée moyenne apparaissent plus rarement développés à droite chez les microcéphales que chez les primates (Danillo) et les criminels (Lombroso); tandis que d'après les faits observés par l'auteur, on noterait plus souvent encore cette particularité chez les lucides et surtout les aliénés: ceux-ci, outre ce dernier caractère, différencieraient des individus sains par une tendance moins grande à la disparité des sillons artériels dans les deux moitiés du crâne.

D^r NICOLAU.

Contributo allo studio del chimismo gastrico nei pellagrosi (Contribution à l'étude du chimisme gastrique chez les pellagres); par le D^r César Agostini, premier médecin assistant de l'asile de Pérouse. — 1893.

Les recherches de l'auteur ont porté sur vingt et un sujets, seize hommes et cinq femmes, tous pellagres, mais ne présentant guère d'autres troubles cérébraux qu'une légère dépression mélancolique avec affaiblissement consécutif plus ou moins marqué. Il a également expérimenté sur trois paysans sains, mais habitués dès l'enfance à l'alimentation maïdique. Sa méthode est la suivante :

A 7 heures et demie du matin, c'est-à-dire 14 heures environ après le repas de la veille au soir, le sujet en expérience absorbe

50 grammes de pain sec pulvérisé et 250 grammes d'eau (Ewald). Une heure plus tard, on extrait à l'aide de la sonde à cuiller tout ce qu'on peut atteindre du contenu stomacal et on le dépose dans une éprouvette graduée; bonne note est prise de la quantité recueillie et des différentes couches qui se forment; puis, l'expérimentateur ayant filtré le tout, prend du liquide ainsi épuré 15 centimètres cubes qu'il verse dans trois capsules, *a*, *b*, *c*; 10 autres centimètres cubes lui permettent de mesurer l'acidité totale du produit. La capsule *a* sert à déterminer la présence de l'acide chlorhydrique libre, *b* les peptones, *c* l'acide lactique (procédé d'Uffelmann). La quantité du contenu stomacal obtenue par la sonde permet d'établir avec une certaine justesse le degré du pouvoir moteur de l'estomac, étant donné que, chez les individus sains, cette quantité varie entre 75 et 110 centimètres cubes et que, dans les cas graves d'atonie, elle atteint jusqu'à 350.

Suivent trente-quatre observations résumées portant comme nous l'avons dit sur vingt et un individus; à ces observations succèdent quelques considérations sur les troubles gastriques et gastro-intestinaux si fréquents chez les aliénés pellagres; des indications thérapeutiques viennent ensuite; enfin l'opuscule se termine par les conclusions que voici :

1° L'étude du chimisme gastrique des pellagres révèle un notable degré d'hypo-pepsie, d'hypo-chlorhydrie, un état catarrhal de la muqueuse stomacale, un affaiblissement de son pouvoir moteur et de son innervation.

2° Le suc gastrique de ces malades manifeste une réaction légèrement acide au tournesol; il réagit rarement au papier de Congo et à la liqueur de Günsburg. L'acidité totale varie de 0,10 à 2,20; la moyenne est de 0,82 p. 100. L'acide chlorhydrique oscille de 0 à 0,71; moyenne = 0,16 p. 100; il a manqué, dans la moitié des observations poursuivies et constamment dans les états de diarrhée ou de cachexie pellagreses. La quantité du chlore organique varie de 0,26 à 1,70; la moyenne est de 0,58 p. 100. La teneur des chlorures fixes est comprise entre 0,44 et 2,17; moyenne = 1,47 p. 100. Le chlore total oscille de 1,50 à 3; moyenne = 2,30 p. 100.

3° La digestion stomacale s'accomplit donc lentement et insuffisamment, comme le démontre le défaut ou l'infime proportion d'acide chlorhydrique libre, la rareté des peptones et du chlore organique et la faible acidité de l'estomac; elle se fait d'une façon anormale, comme l'attestent la présence du mucus et

la formation morbide d'acides organiques, l'acide lactique en particulier.

4° L'insuffisance de l'acide chlorhydrique libre ou organique, qui s'accroît spécialement dans les diarrhées et les cachexies, contre-indiquerait une diète riche en substances albuminoïdes.

5° Le lavage de l'estomac avec de l'eau salée, l'ingestion après les repas d'acide chlorhydrique, contribuent à améliorer les conditions du chimisme gastrique et par suite des fonctions digestives des pellagres.

D^r NICOULAU.

The ophthalmoscopic appearance of the fundus oculi in delirium tremens (Aspect ophtalmoscopique du fond de l'œil dans le delirium tremens); par A. Edward Davis, oculiste. (*The post graduate*, journal mensuel de médecine et de chirurgie, octobre 1895).

L'auteur a examiné seize alcooliques en état de delirium tremens ou d'alcoolisme aigu. Le fond de l'œil était sain chez tous, mais les artères et les veines de la rétine étaient invariablement le siège d'une dilatation et de varicosités plus ou moins prononcées suivant les cas, avec congestion passive et teinte foncée du sang, et parfois pulsations. C'est dans cette circulation défectueuse de l'œil que M. Davis trouve la cause des hallucinations de la vue des alcooliques : l'image des vaisseaux dilatés, tortueux, gorgés de sang noir est projetée d'une façon indistincte dans le champ de la vision, où ils sont perçus par l'esprit troublé comme des « serpents » ou les délinéaments de formes fantastiques.

A. CULLERRE.

Accommodation in the lensless eye; to what is it due? (De l'accommodation dans l'œil privé de cristallin; à quoi est-elle due?); par le D^r S. Edward Davis (Manhattan eye and ear hospital reports. Janv. 1895).

Les auteurs ne sont pas d'accord sur le pouvoir d'accommodation des yeux privés de cristallin. Les uns pensent que tout pouvoir accommodateur est supprimé; les autres au contraire prétendent qu'il est conservé à un degré parfois très grand. M. A. Edward Davis présente deux cas d'opérés de cataracte

ayant conservé un très notable pouvoir d'accommodation. Après discussion très serrée de ses observations, il conclut que « l'accommodation, dans les yeux privés de cristallin est due principalement, sinon exclusivement, à la faculté dont jouit le malade d'interpréter les cercles de dispersion. »

A. CULLERRE.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— Considérations sur la nature de la paralysie générale (encéphalite parenchymateuse) ; par le D^r Ernest Coulon. 102 pages in-8°. Thèse de Paris, 1896.

— Les fondements et le but de la responsabilité pénale ; par Dimitri Drill, avocat à Saint-Petersbourg. Rapport présenté au Congrès d'anthropologie criminelle. Session de Genève, 1896, 9 pages in-8°.

— Note cliniche con autopsie sopra alcuni casi di lesioni cerebrali a foccolo negli alienati raccolte nel manicomio di Bergamo (Notes cliniques avec autopsies sur quelques cas de lésions cérébrales en foyers chez des aliénés, recueillis au manicomio de Bergame) ; par le D^r Giuseppe Antonini. 27 pages in-8°. Extrait de *Bolletino della Società medica Bergamasca*, n^{os} 2 et 3, 1896.

— La criminalité professionnelle ; par G. Tarde, chef de statistique au ministère de la justice. Rapport présenté au Congrès d'anthropologie criminelle. Session de Genève, 1896. 10 pages in-8°.

— L'incontinence d'urine et son traitement par la suggestion ; par le D^r A. Cullerre. 32 pages in-8°. Extrait des *Archives de neurologie*, 1896, n^o 7.

— Les persécutés processifs ; par Gilbert Ballet et J. Robinovitch. Rapport présenté au Congrès d'anthropologie criminelle. Session de Genève, 1896. 7 pages in-8°.

— Infanticide et hystérie ; par le D^r A. Cullerre. 11 pages in-8°. Extrait des *Archives de neurologie*, n^o 102.

— L'influence du droit positif sur les actes punissables ; par le D^r Julius Ofner, avocat à Vienne. Rapport présenté au Congrès d'anthropologie criminelle. Session de Genève. 6 pages in-8°.

— Degenerative changes in the brain cells of the non insane (Des altérations dégénératives des cellules cérébrales des individus non aliénés) ; par le D^r Robert Hutchison. 16 pages in-8°. Extrait des *Edinburgh Hospital Reports*, 1896.

— L'éducation des fils de criminels; par l'abbé Maurice de Baets et le D^r G. de Baets, à Gand. Rapport précité au Congrès d'anthropologie criminelle. Session de Genève, 1896. 4 pages in-8°.

— L'idée et le fait en biologie; par J.-P. Durand (de Gros). 89 pages in-8°. Paris, Félix Alcan, 1896.

— Résultats obtenus par l'anthropométrie au point de vue de la criminalité. Quelles sont les lacunes à combler? par A. Bertillon, chef du service de l'identité judiciaire à Paris. Rapport présenté au Congrès d'anthropologie criminelle. Session de Genève, 1896, 4 pages in-8°.

— Discours prononcés à Nancy, les 1^{er} et 6 août 1896; par le professeur Pitres, président du Congrès des aliénistes et neurologistes et du Congrès français de médecine. 19 pages in-8°. Nancy, typ. Crépin-Leblond.

— Origine dei caratteri differenziali fra l'uomo e la donna (Origine des caractères différentiels de l'homme et de la femme); par Silvio Venturi. 25 pages in-8°. Extrait de *Il manicomio moderno*, 1896.

— L'automatisme ambulateur et ses rapports avec l'épilepsie; par le professeur Pitres. 10 pages in-8°. Extrait du compte rendu du Congrès des aliénistes et neurologistes. Session de Bordeaux, 1895.

— Weiteres zum Capitel der Moral insanity (Nouvelle contribution au chapitre de la « Moral insanity »); par le D^r F. Naecke, de Hubertsburg. 8 pages in-8°. Extrait du *Neurologisches Centralblatt*, 1896, n° 15.

— Manuel pratique des méthodes d'enseignement spéciales aux enfants anormaux (sourds-muets, aveugles, idiots, bégues, etc.); par les D^{rs} Hamon de Fougeray (du Mans) et L. Couëtoux (de Nantes). Préface du D^r Bourneville. 1 vol. in-8° de 288 pages (t. V de la *Bibliothèque d'éducation spéciale*). Paris, aux bureaux du *Progrès médical*, 1896.

— Thirteenth Annual Report of the Committee on Lunacy, to the Board of public Charities of the Commonwealth of Pennsylvania for the year ending september, 30, 1895 (Treizième rapport annuel de la Commission des aliénés du bureau de la charité publique de l'Etat de Pensylvanie pour l'année finissant le 30 septembre 1895). 235 pages in-8°, 1895.

— Memoria presentada à la sociedad de beneficencia por la comision encargada de la contruccion del hospital nacional de alienadas correspondiente à los annos de 1894-1895 (Mémoire présenté à la Société de bienfaisance au nom de la commission chargée de la construction de l'hôpital national des aliénés, années 1894-1895); par le D^r Antonio F. Pinero, directeur de l'hôpital. 40 pages in-8° avec planche. Buenos-Ayres, 1896.

— A contribution to the study of acute ascending Landry's paralysis (Contribution à l'étude de la paralysie ascendante aiguë de Landry); par les D^{rs} Pearce Bailey et James Ewing. 38 pages in-8° avec planche. Extrait de *The New-York medical Journal*, juin 1896.

— Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie. Compte rendu du service des enfants idiots, épileptiques et arriérés de Bicêtre pendant l'année 1895; par le D^r Bourneville. 1 vol. in-8° de 254 pages (t. XVI de la collection), avec figures et planches. Paris, aux bureaux du *Progrès médical*, 1896.

— Thirty-eight annual report of the general board of Commissioners in Lunacy for Scotland (Trente-huitième rapport annuel du Conseil général des inspecteurs des aliénés de l'Ecosse). 157 pages in-8°. Edimbourg, 1896.

— Asile de l'Orne. Extrait du compte moral et administratif pour l'année 1895, suivi de l'Introduction au rapport médical; par le D^r L. Déricq, médecin en chef-directeur. 17 pages in-8°. Alençon, 1896.

— On sporadic cretinism in this country and its treatment (Sur le crétinisme sporadique dans cette région et son traitement); par le D^r John Thomson, d'Edimbourg. 7 pages in-8° avec fig. Extrait du *British medical Journal*, numéro de septembre 1896.

— A case of tumor of the Thalamus, with Remarks on the mental symptoms (Un cas de tumeur du thalamus avec remarques sur les symptômes mentaux); par le D^r Walter Channing. 8 pages in-8° avec planches. Extrait du *Journal of nervous and mental Disease*. Août 1896.

— L'hystérie infantile; par le D^r Bézy, chargé du cours de clinique infantile à la Faculté de Bordeaux. 14 pages in-8°. Extrait des *Comptes rendus de la Société de médecine de Toulouse*, février 1896.

— Asile de l'Orne. Rapport médical pour l'année 1895; par le D^r J.-M. Dupain, médecin-adjoint. Avec une introduction par le D^r L. Déricq, médecin en chef-directeur. 42 pages in-8°. Alençon, 1896.

— Movimiento de la casa de Orates de Santiago en el primer semestre de 1896; par le D^r Pedro Montt. 46 pages in-8. Santiago de Chile, 1896.

— Le psicosi della puberta (Les psychoses de la puberté); par le D^r Marro Antonio. 80 pages in-8°. Extrait des *Annali di freniatria e scienze affini*. Turin, 1896.

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

Arrêté du 24 août 1896 : MM. les D^{rs} PÉOHARMAN, médecin-adjoint de l'asile de Clermont (Oise), et CHOCREAU, médecin-adjoint de l'asile de Bailleul (Nord), sont promus à la 1^{re} classe de leur grade (3,000 fr.).

— *Arrêté du 7 septembre 1896* : MM. les D^{rs} CHARUEL, médecin-adjoint de l'asile de Châlons-sur-Marne, et HAMEL, médecin-adjoint de l'asile de Saint-Yon (Seine-Inférieure), sont promus à la 1^{re} classe de leur grade (3,000 fr.) ;

M. le D^r NOLÉ, directeur médecin en chef de l'asile de Sainte-Catherine d'Yseure (Allier), est promu à la 2^e classe de son grade (6,000 fr.).

LA LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME

Actes du Congrès international de Bâle sur l'alcoolisme. — Le *Temps* (numéro du mardi 25 août 1896) résume, ainsi qu'il suit, le très intéressant volume qui contient les actes du Congrès international de Bâle sur l'alcoolisme :

« Ce Congrès n'a pas assez attiré l'attention du public français. Le gouvernement y était pourtant représenté par M. Buisson, directeur de l'enseignement primaire, et par M. le D^r Lancereaux, qui est un spécialiste de premier ordre. Vingt autres Français, dont la plupart étaient présents, avaient adhéré au Congrès et n'y ont pas fait mauvaise figure. De savantes communications par MM. les D^{rs} Lancereaux, Legrain, Roubinovitch, Sérieux, et la communication par M. Buisson des documents du ministère de l'instruction publique sur la préparation de la lutte contre l'alcoolisme par l'école, ont montré que le grave sujet de l'intempérance commençait à préoccuper notre pays. Mais quand le Congrès fit la revue de ce qui s'était fait dans chaque nation contre un fléau qui les menace toutes, il fut visible que la Suisse, l'Allemagne, la Hollande, la Belgique, l'Angleterre, la Russie même, les pays scandinaves surtout, étaient en avance sur nous : la Suisse, avec son monopole des eaux-de-vie qui réussit passablement et ses sociétés de tempérance ; l'Angleterre, avec ses sections cadettes dites bandes de l'Espérance, qui ont enrôlé près de trois millions d'enfants ; la Belgique, avec son organisation

scolaire d'antialcoolisme : les pays du Nord, avec leur législation nouvelle et l'ardent appui que lui prête l'opinion. Quant à nous, nous sommes aux premiers débuts de la campagne contre l'alcoolisme : nous avons à peine dépassé la phase des avant-projets.

« Si, au point de vue de l'action, nous nous sommes lassés distancer, sous un autre rapport, hélas ! nous avons conquis le premier rang : nous sommes depuis peu, mais à beaucoup près, le pays qui consomme le plus de spiritueux. Cela résulte d'un document important soumis au Congrès par M. Jules Denis, professeur à Genève, connu pour son excellent *Manuel scolaire de tempérance*. Ce document intitulé : *Recherches sur la consommation des boissons distillées et fermentées dans différents pays*, est le résumé de statistiques officielles dont l'exactitude ne saurait faire doute, et il a notamment utilisé le grand rapport et les graphiques présentés par feu M. Claude, des Vosges, au Sénat français. Par là aussi la France faisait sentir sa présence au Congrès de Bâle. La lecture des chiffres lus à cette assemblée par M. Denis causa une véritable stupor à nos compatriotes et à tous nos amis. Jusque-là, les statistiques étaient incomplètes ; elles ne considéraient que la consommation de l'alcool pur ou en liqueurs et n'y ajoutaient pas la dose d'eau-de-vie contenue dans le vin, la bière, le cidre. Que cette dose mêlée aux boissons fermentées soit déjà nuisible, beaucoup le nient, d'autres l'affirment ; son existence et ses effets ne sont pourtant pas contestables, et les médecins, aliénistes et autres, savent combien est grand le nombre des victimes de l'abus de ces boissons, surtout quand elles sont sophistiquées. Quoi qu'il en soit, M. Denis en a tenu compte tant pour la France que pour d'autres pays, et ses calculs ont abouti aux résultats suivants :

« En France, la moyenne d'alcool absorbée par personne dans la bière est de 0 lit. 69 ; elle est, pour le vin, de 7 lit. 9 ; pour le cidre, de 0 lit. 9 ; pour l'alcool pur, de 4 lit. 32, ce qui fait, par personne, un total de 13 lit. 81.

« Dans ce calcul, la bière est supposée contenir 3 p. 100 d'alcool, le vin 10 p. 100, le cidre 0,9 p. 100.

« Après la France, mais avec un bon écart, vient la Suisse : bière, 2 lit. 01 ; vin, 6 litres ; alcool pur, 8 litres ; total : 11 litres. La Belgique arrive ensuite avec 10 lit. 59 ; l'Italie, qui ne boit guère que du vin, avec 10 lit. 22 ; l'Allemagne, qui boit surtout de la bière, avec 9 lit. 34 ; l'Angleterre, buveuse de bière aussi, avec 9 lit. 23. La Suède et la Norvège ont respectivement pour moyenne 4 lit. 39 et 3 lit. 31 ; le Canada, 2 lit. 03.

« Ces chiffres indiquent l'état actuel de la consommation alcoolique ; mais ils n'ont toute leur signification que si l'on

tient compte de la consommation antérieure de chacun de ces pays. Il en est chez lesquels cette consommation augmente : c'est le cas de la France et de la Belgique. Dans d'autres, Suisse, Italie, elle est stationnaire. Dans d'autres, enfin, Canada, Allemagne, Suède et Norvège, Danemark aussi, elle diminue. En Suède, par exemple, elle a passé, entre 1829 et 1889, de 22 litres à 4 lit. 5; en Norvège, dans le même temps, de 9 à 3 litres; en Angleterre, de 1876 à 1892, de 11 litres, 5 à 9 litres; en Allemagne, de 1886 à 1892 (en six ans!) de 11 à 9 litres.

« Pour la Belgique et la France, le mouvement est en sens contraire. La Belgique a passé de 7 litres en 1853 à 10 litres en 1896; la France, de 8 litres en 1830 à 14 litres en 1892.

« Et tous ces chiffres sont ceux de l'alcool à 100 degrés. Triplez-les pour avoir ceux de l'eau-de-vie ordinaire. Si l'on se demande pour quelles raisons certains peuples descendent la pente fatale, tandis que d'autres la remontent, la réponse est facile. Les peuples qui ont enrayé sur la voie de l'alcoolisme sont ceux qui s'en sont occupés. Il n'en est pas un qui ait résisté au courant sans un vigoureux effort. Ceux, au contraire, que le fléau maltraite de plus en plus, ceux, par conséquent, qui ont le plus d'aliénés, de mortalité infantile, de crimes, de récidives, de mauvaises mœurs, etc., sont les peuples indifférents qui laissent aller les choses, qui comptent pour les arranger sur la chance et le gouvernement. Le gouvernement, certes, y peut quelque chose, mais les gouvernements ne font jamais que ce que l'opinion leur demande, et l'opinion jusqu'ici n'a presque rien demandé chez nous.

« Veut-on se rendre compte du genre d'efforts faits par les nations en voie de retour à la sobriété, seule condition de la dignité et de la prospérité durables? En Suède, le célèbre système de Gothenbourg a réduit dans une énorme proportion le nombre des débits et intéressé les débitants eux-mêmes à la vente de consommations autres que l'alcool, sans qu'ils puissent rien gagner sur celui-ci. Aux Etats-Unis, l'enseignement scolaire contre l'intempérance est si bien organisé partout, que plus de 13 millions d'enfants le reçoivent; il y existe, de plus, des sociétés antialcooliques d'une énorme puissance, comme cette « Union universelle des femmes chrétiennes » qui a obtenu plus de 7 millions de signatures en 50 langues sur une pétition aux pouvoirs publics en faveur de la tempérance. En Angleterre, une seule de ces sociétés, celle de l'Eglise anglicane, compte près de 600,000 membres cotisants et buveurs de thé. Bien après les autres, mais avec une admirable résolution, la Belgique a organisé l'enseignement antialcoolique et provoqué la création de sociétés scolaires de tempérance. En

Russie, des mesures législatives ont été appliquées, pour commencer, dans plusieurs gouvernements de l'Est, et il s'est formé de nombreuses sociétés de tempérance rattachées ou non à l'Eglise orthodoxe.

« Tous ces exemples nous sont donnés, toutes ces voies nous sont ouvertes, mais il est grand temps d'y entrer. M. Denis le dit excellemment à la fin de son rapport : « Contre un fléau qui règne en maître dans nos campagnes comme dans nos villes, chez le riche comme chez le pauvre, qui terrasse aussi bien l'être intelligent que l'ignorant, il n'est pas trop des efforts de tous les hommes, quelles que soient leurs opinions politiques, ou religieuses. Opposons-lui toutes les digues que nous pouvons établir, mesures préventives, législatives, coercitives même. » Cet effort s'impose à tous ; il est dans l'intérêt de tous, dans l'intérêt surtout de la France. Quels hommes, quelles femmes se lèveront pour en prendre l'initiative, pour mesurer leurs sacrifices, leur dévouement à la grandeur du péril ? »

Vœux des conseils généraux. — Un grand nombre de bons esprits sont convaincus, à tort ou à raison, que le monopole de l'alcool serait une arme excellente dans la lutte contre l'alcoolisme. Ceux-là apprendront avec satisfaction qu'un nombre respectable (de 25 à 30) de conseils généraux ont émis des vœux en faveur de ce monopole.

Le conseil général des Vosges a fait plus et mieux ; il a émis le vœu que des mesures législatives, fiscales, administratives soient prises en vue de combattre le fléau de l'alcoolisme, en faisant spécialement dans les écoles des cours d'hygiène pour prémunir les nouvelles générations contre les conséquences morales, pathologiques et économiques de l'abus de l'alcool.

Vœu du Congrès catholique de Landerneau. — Ce Congrès, qui a pris fin le 12 septembre dernier, a décidé de demander aux pouvoirs publics des mesures légales limitant le nombre des débits et réglementant la vente des boissons alcooliques, la surveillance des débits, l'élévation des droits d'octroi sur les alcools et le dégrèvement des boissons hygiéniques.

Ligue marseillaise contre l'alcoolisme. — Notre savant collaborateur, le D^r Ph. Rey, a bien voulu nous communiquer les statuts de la Ligue marseillaise contre l'alcoolisme, dont il est un des membres fondateurs et le vice-président. Nous ne pouvons que souhaiter le plus grand succès au Conseil de direction de cette Ligue, qui comprend, outre un grand nombre de médecins, des représentants de tous les cultes et même des ouvriers. La tâche qu'il a entreprise est très difficile si nous en croyons le document, joint aux statuts, et qui donne la marche ascensionnelle de l'alcoolisme à Marseille. En effet, la consommation

de l'aleool y a augmenté dans une proportion bien plus forte que le nombre de ses habitants, puisqu'elle a plus que triplé en dix-huit ans. De 7,300 hectolitres d'aleool pur consommés en 1876, ce chiffre est monté, en 1894, à 23,303 hectolitres. D'après la méthode qui multiplie par 3 les quantités d'aleool pur pour connaître l'absorption réelle de spiritueux, celle-ci a donc représenté, en 1894, à Marseille, 69,909 hectolitres. Le nombre de débits a progressé dans une proportion, moindre, il est vrai, mais cependant très grande : de 2,400 qu'il était en 1876, il est monté à 3,935 en 1894.

Le mal est donc grand à Marseille, comme dans la plupart des grandes villes. Le dévouement de tous les membres du Conseil de direction de la Ligue, suffira-t-il pour le combattre, pour l'atténuer? Nous le désirons, nous le souhaitons vivement.

LES MÉFAITS DE L'ALCOOL

La Ligue marseillaise contre l'aleoolisme a commencé une campagne de conférences. Dans une première réunion publique tenue le 18 avril 1896, dans le grand amphithéâtre de la Faculté des sciences de Marseille, une centaine de savants autorisés ont traité devant un auditoire nombreux et attentif des *méfais de l'aleoolisme* : M. le Dr Villard, professeur à l'École de médecine, bien connu par de savantes *Leçons sur l'aleoolisme*, a parlé de ces méfaits au point de vue médical; M. Eugène Rostand, président de la Caisse d'épargne des Bouches-du-Rhône, les a étudiés au point de vue économique; notre savant collaborateur, M. Ph. Rey, médecin en chef de l'asile de Marseille, au point de vue cérébral, et, enfin, M. Ernest Delibes, ancien membre du Conseil général des Bouches-du-Rhône, au point de vue moral et social. La question semble donc avoir été traitée sous toutes ses faces, et nous recommandons bien volontiers la petite brochure (au siège du Comité, 1, boulevard Dugommier, Marseille), qui contient l'ensemble de ces discours, à tous nos confrères qui voudront, par la parole ou par la plume, prendre part à cette nouvelle croisade, contre un des plus terribles fléaux de la société moderne. Ils y trouveront des arguments, et aussi des faits; ce sont surtout ces derniers qui sont destinés à frapper les esprits, on ne saurait donc assez les accumuler.

Les *Annales médico-psychologiques*, employant le titre même des conférenciers de Marseille, se proposent de réunir sous la rubrique : Les méfaits de l'aleool, tous les faits que publieront les journaux ou qui arriveront à notre connaissance. Nous serons reconnaissants à nos confrères de nous faire parvenir ceux qui leur tomberont sous les yeux; il importe de fournir à tous ceux qui combattent le bon combat des documents nom-

breux et probants : c'est le moyen d'émouvoir le public, de faire l'opinion et, peut-être, de pousser le pouvoir à entrer dans la voie suivie par d'autres pays et qui les a conduits, sinon à détruire complètement le mal, du moins à l'enrayer.

Voci une première série de faits cueillis dans l'espace de deux mois, dans un journal, le *Temps* :

1. *Violences d'un lieutenant de gendarmerie alcoolique.* — Le *Petit Républicain de l'Aube* raconte que le lieutenant de gendarmerie qui réside à Bar-sur-Seine, vient de se voir retirer son commandement à la suite de scènes de violence auxquelles il se livrait fréquemment. Vendredi soir, notamment, dans un accès d'alcoolisme, il aurait provoqué un commencement d'émeute en cravachant sur le pas de leurs portes plusieurs habitants inoffensifs qui durent s'emparer de lui et le conduire devant le maire. Le magistrat parvint à calmer les esprits et invita l'officier à rentrer chez lui, ce qu'il fit pour revenir aussitôt escorté de quatre gendarmes auxquels il enjoignit de procéder à trois arrestations.

Il fallut que le maire allât réclamer l'intervention du sous-préfet et du juge d'instruction pour faire relâcher ses concitoyens. (Le *Temps*, numéro du mardi 18 août 1896.)

2. *Homicide et suicide par délire de jalousie.* — On télégraphie d'Alençon au *Temps* (numéro du mercredi 19 août 1896) :

« Le cadavre d'une jeune femme nommée Louise Morice et âgée de trente-cinq ans vient d'être découvert à Urou-et-Crennes, canton d'Argentan, la gorge horriblement mutilée et transpercée de part en part. Cette fille a été assassinée par un journalier nommé Guesdon, âgée de trente-cinq ans, et avec lequel elle vivait maritalement.

« Aussitôt son crime commis, Guesdon a été se précipiter dans l'étang de Silly-en-Gouffern, où son cadavre a été découvert ce matin, portant attaché au cou un morceau de fonte pesant 30 kilos.

« Guesdon était un alcoolique dangereux, très redouté dans le pays. Il a assassiné la fille Louise Morice par jalousie et parce que cette dernière refusait de vivre plus longtemps avec lui. »

3. *Alcoolique homicide.* — On télégraphie de Saint-Etienne à l'*Agence Havas*, 25 août :

Un journalier nommé Chorel, qui vivait en mauvaise intelligence avec sa femme, Louise Maillot, a étranglé celle-ci, puis il l'a piétinée jusqu'à ce que mort s'ensuivit.

Chorel est un alcoolique invétéré. Il a été arrêté.

4. *Le record de l'ivrognerie.* — De Nantes :

Le tribunal correctionnel a condamné, hier, à quinze jours de

prison, pour ivresse, un marchand de crayons ambulant, nommé Jollivet. C'est sa soixante et onzième condamnation pour ce délit. (*Le Temps*, numéro du jeudi 27 août 1896.)

5. *Alcooliques qui tue successivement ses deux femmes.* — On télégraphie de Brest à l'*Agence Havas*, 26 septembre 1896 :

« Un nommé Jean-Guillaume Jégou, trente-neuf ans, habitant Plounéour, près Quimper, vient de tuer sa seconde femme.

« Jégou, ivrogne invétéré, avait déjà, en 1889, tué sa première femme. Traduit devant la cour d'assises du Finistère, il fut acquitté.

« On croit qu'il ne jouit pas de ses facultés mentales.

« Le parquet de Quimper est sur les lieux. »

6. *Double tentative d'homicide.* — On écrit de Nantes au *Temps* (numéro du samedi 10 octobre 1896) :

« Un drame sanglant a eu lieu ce matin. Le nommé Redois, menuisier, âgé de quarante-six ans, qui a déjà subi plusieurs condamnations pour vols, coups et blessures, etc., enclin à l'ivrognerie, maltraitait fréquemment sa femme. Celle-ci était en instance de séparation et habitait avec ses neuf enfants, rue de Bardin, 27. Redois s'est introduit chez elle ce matin, armé d'une hache et l'a frappée, sans dire mot, de plusieurs coups de son arme. Tournant sa fureur contre son fils aîné qui voulait défendre sa mère, il lui a fait plusieurs blessures, puis il a pris la fuite; mais, arrêté par un agent, il a été conduit chez le commissaire de police qui l'a interrogé et fait écrouer. Les deux victimes de cette brute ont été transportées à l'hôpital. Malgré la gravité de leurs blessures, on espère les sauver. »

7. *Meurtre d'un enfant de trois mois commis par un alcoolique.* — On télégraphie de Valenciennes au *Temps* (numéro de samedi 3 octobre 1896) :

« Un chiffonnier, nommé Orban, rentrait hier soir, vers six heures, dans le logement occupé par sa famille.

Il était ivre comme d'habitude. Furieux de ne point y trouver sa femme, qui, pour éviter les mauvais traitements qu'il lui faisait subir, était allée se cacher dans les cabinets, il saisit dans son berceau un bébé de trois mois et, pour l'empêcher de crier, lui traucha la tête avec un couteau de boucher, puis jeta son cadavre dans l'escalier. Il alla ensuite se coucher dans le lit et s'endormit profondément.

« Des voisins trouvèrent le petit cadavre et coururent chercher la police. On eut toutes les peines du monde à s'emparer de la brute, qui, réveillée en sursaut et ne sachant ce que les agents lui voulaient, se défendait furieusement. »

8 et 9. *Impulsions homicides sous l'influence de l'ivresse.* — Voici deux faits que nous cueillons dans le *Temps*, à peu de

jours de distance. Le premier, publié dans son numéro du samedi 17 octobre 1896, s'est passé au Havre, le 15 octobre :

La nuit dernière, les nommés Julien Thomas, âgé de vingt-deux ans, et Casimir Jouan, âgé de trente-sept ans, lamineurs, étant pris de boisson, ont tiré des coups de revolver dans la rue de la Côte. Un jeune homme de dix-huit ans, M. Georges Thierry, qui passait dans cette rue, a été atteint par une balle : il a eu le poumon droit perforé. La mort a été instantanée.

Un nommé Henri Leblanc, âgé de quarante et un ans, charretier, a été atteint au cou et au côté droit ; ses blessures sont graves, mais ne mettent pas ses jours en danger.

Les meurtriers ont été arrêtés, rue Voltaire, à minuit.

Le second, inséré dans le numéro du dimanche 19 octobre, a eu lieu en Belgique :

Un cabaretier de Jette-Saint-Pierre, près de Bruxelles, sous l'influence de l'ivresse, a tenté, sans y réussir, de poignarder son jeune enfant au berceau. Sa femme, en défendant l'enfant, a eu la gorge profondément entaillée. Puis le meurtrier a poursuivi deux autres de ses enfants, le couteau à la main. Il a enfin été arrêté et maîtrisé par le commissaire de police. L'état de la femme est très grave.

LES APPARITIONS DE TILLY-SUR-SEULLES

Cet intéressant fait d'hallucination collective, sur lequel nous avons appelé l'attention de nos lecteurs dans les numéros de mai et de juillet 1896, a été l'objet d'une intéressante communication au Congrès des aliénistes et neurologistes de Nancy. L'auteur de ce travail, M. Laurent, est allé étudier la question sur les lieux ; voici les faits qu'il a pu établir, tels que nous les trouvons résumés dans la *Médecine moderne* (numéro du 12 août 1896) :

« Les apparitions de Tilly-sur-Seulles n'ont rien de particulier, leur origine suggestible ne peut être mise en doute. Deux points seulement attirent l'attention ; le premier que la vision a été aperçue pour la première fois dans un champ par-dessus la vallée de la Seulles, d'une fenêtre du pensionnat distante de 700 mètres environ. Les visionnaires s'étant transportés dans ce champ y virent alors la Vierge de près, l'hallucination étant restée fixe par rapport aux points de repère.

« Le second est la facilité, le manque absolu d'esprit critique avec lequel la population accepte ces apparitions comme une chose toute naturelle, état d'esprit semblable à celui des hystériques acceptant sans contrôle des suggestions invraisemblables. »

D'autre part, le *Temps* (numéro du jeudi 30 août 1896), nous fournit sur ces apparitions de nouveaux renseignements qui méritent d'être reproduits :

« Les apparitions de la Vierge de Tilly continuent. L'évêque de Bayeux ayant autorisé l'érection d'une statue sur le lieu de l'apparition, trois mille personnes se sont rendues processionnellement dans le champ miraculeux en chantant des cantiques. Le clergé a béni la statue, un discours a été prononcé, etc.

« Laissons la parole au *Moniteur du Calvados* :

« C'est au chant des litanies de la Vierge que le clergé est rentré à l'église. Mais, quelques instants après, M. le curé-doyen de Tilly revenait avec toutes les petites filles de l'école, vêtues de blanc, réciter le chapelet au pied de la statue.

« La vision est alors apparue à Marie Martel, à Louise Polinière et à la petite Bellenger.

« Détail à noter : pendant la bénédiction de la chapelle et de la statue, Marie Martel, en prières, voyait la Vierge. La foule s'en aperçut. Elle entoura la jeune fille et la serra tellement que la malheureuse faillit étouffer. On put heureusement la retirer et la porter au milieu du champ. Une vingtaine de personnes durent faire cercle autour d'elle et la protéger avec cannes et ombrelles, tellement on était avide de la voir.

« Marie Martel, délivrée de tous ces curieux, a été reconduite en voiture.

« Elle est revenue le soir, et là encore elle a eu une très longue extase.

« La Vierge lui aurait promis la guérison complète d'une petite idiote, puis d'une autre jeune fille marchant avec des béquilles ; enfin, elle aurait demandé la construction d'une chapelle en pierre.

« Pour terminer la cérémonie, plus de quatre mille lanternes ont été allumées le soir, au-dessus de la chapelle, dans la haie. »

TRIBUNAUX

Procès intenté par un aliéné au médecin qui a délivré le certificat de placement. — Le Tribunal civil de Rouen (1^{re} ch.), sous la présidence de M. Birot-Breuilh, a, dans son audience du 30 juin 1896, rendu le jugement suivant dont on ne méconnaîtra pas l'intérêt au point de vue de la jurisprudence médicale.

RESPONSABILITÉ. — MÉDECIN. — ALIÉNÉ. — INTERNEMENT DANS UN ASILE. — DÉLIVRANCE D'UN CERTIFICAT. — FAUTE ALLÉGUÉE. — DEMANDE EN PAIEMENT DE DOMMAGES-INTÉRÊTS. — REJET.

L'art. 1382 C. civ. pose au regard de toutes personnes, sans distinction de professions, le principe de la réparation du préjudice causé par une faute commise.

Il n'y a donc pas à distinguer entre les fautes commises par le médecin et celles imputables aux autres citoyens : celui-ci, comme ceux-là, est responsable même de sa faute légère, s'il en est résulté un préjudice.

Il en doit être ainsi, aussi bien lorsque dans l'exercice de sa profession le médecin atteste légèrement, et sans s'être entouré de renseignements suffisants, l'état d'aliénation mentale d'une personne, que lorsque par ignorance, imprudence ou impéritie, il applique un traitement autre que celui commandé par les données de la science.

Toutefois, la science médicale étant, plus qu'aucune autre, incertaine et conjecturale dans ses principes, on ne saurait rendre ceux qui en font consciencieusement la pratique de leur vie responsables de son incertitude, et l'erreur d'appréciation du médecin ne constitue pas nécessairement une faute.

Ainsi jugé, après plaidoiries de M^{es} Jouvin et Gosset, avocats, sur les conclusions de M. Beauvais, substitut du procureur de la République, dans les termes suivants, qui expliquent suffisamment les faits de la cause :

« Le Tribunal,

« Attendu que G... réclame au D^r C... des dommages-intérêts pour le préjudice à lui causé par son internement à l'asile d'aliénés de Quatre-Mares, lequel aurait été obtenu à l'aide d'un certificat dans lequel le D^r C... aurait imprudemment attesté l'état d'aliénation mentale du demandeur ;

« Attendu que l'art. 1382 C. civ. pose, au regard de toutes personnes, sans distinction de profession, le principe de la réparation du préjudice causé par une faute commise ; qu'il n'y a pas à distinguer entre les fautes commises par le médecin et celles imputables aux autres citoyens ;

« Que celui-ci est comme ceux-là responsable même de sa faute légère, s'il en est résulté un préjudice ; qu'il en doit être ainsi, aussi bien lorsque dans l'exercice de sa profession le médecin atteste légèrement et sans s'être entouré de renseignements suffisants, l'état d'aliénation mentale d'une personne, que lorsque, par ignorance, imprudence ou impéritie, il ap-

plique un traitement autre que celui commandé par les données de la science;

« Attendu que la seule question à examiner est donc celle de savoir si, dans l'espèce, le D^r C... s'est écarté des règles de la prudence, d'autant plus impérieuses que les conséquences de ses affirmations pouvaient être plus graves; qu'il ne s'agit même pas de rechercher si G... était atteint d'aliénation mentale ou si, comme il offre de le prouver, ses facultés intellectuelles n'avaient subi aucune dépression;

« Attendu, en effet, que l'erreur d'appréciation du médecin constitue pas nécessairement une faute; que la science médicale est, en effet, plus qu'aucune autre, incertaine et conjecturale dans ses principes, et qu'on ne saurait rendre ceux qui en font consciencieusement la pratique de leur vie responsables de son incertitude;

« Attendu que le D^r C... est le médecin de la famille G... depuis dix-sept ou dix-huit ans; que dans de nombreuses occasions, il lui avait été donné d'examiner G...; qu'il avait reçu de la dame G... la confiance des menaces et des voies de fait dont elle avait été l'objet de la part de son mari, et qu'il avait même pu constater sur sa personne des traces non équivoques des violences exercées sur elle; qu'au mois de juillet 1895, il avait été appelé, pendant une semaine, à observer chez G..., presque chaque jour, un état d'excitation tout à fait anormale; que ses observations personnelles avaient été confirmées par les récits des membres de la famille et les employés de la maison de commerce dirigée par G...; que le propre gendre de celui-ci avait même déclaré qu'il avait acheté un immense couteau pour s'en servir contre sa femme; que G... lui-même s'était plaint fréquemment à lui d'insomnies persistantes, de cauchemars et de maux de tête, coïncidant avec le tremblement des mains et des lèvres, la faiblesse des jambes, l'injection des yeux et l'inégalité de dilatation des pupilles;

« Attendu que telles sont les affirmations du D^r C... dans l'interrogatoire sur faits et articles qu'il a subi; qu'elles ne sont pas contredites par l'articulation formulée par G... et que le tribunal ne pourrait les révoquer en doute sans prêter au défendeur des intentions malicieuses qui ne sont pas alléguées;

« Attendu que le D^r C... a pu, sans imprudence ni légèreté, en conclure que G... était un congestif sujet à des impulsions périlleuses pour son entourage;

« Attendu, d'autre part, qu'il n'est pas contesté qu'à un moment où sa prospérité commerciale était portée au plus haut point et où son crédit était le plus considérable, G... soit allé demander à un agréé au Tribunal de commerce de faire prononcer sa mise en liquidation judiciaire; que ce fait, connu du

D^r C..., était de nature à confirmer les préoccupations de ce dernier et à lui faire croire à l'imminence du péril;

« Attendu, enfin, qu'à deux reprises différentes, les agissements au moins étranges de G... avaient appelé l'attention de la police; ce que n'ignorait pas le D^r C...;

« Attendu, dès lors, qu'en concluant de pareils actes à une grave altération des centres nerveux et au dérangement intellectuel de G..., le D^r C... ne semble pas avoir commis ni faute ni imprudence; que, si telle était sa conviction, on ne peut lui reprocher de l'avoir formulée dans le certificat critiqué; qu'une solution contraire pourrait entraver d'une façon regrettable l'accomplissement des devoirs les plus impérieux des médecins;

Attendu, il est vrai, que G... articule une série de faits desquels, s'ils étaient prouvés, on pourrait induire une erreur de diagnostic du D^r C..., mais que le Tribunal ne saurait sans témérité substituer ses appréciations à celles d'un médecin, surtout en matière aussi délicate;

« Attendu, d'autre part, que, comme l'explique le D^r C... dans son interrogatoire, l'état congestif de son client n'était pas permanent et que le calme succédait chez lui aux périodes d'agitation; que, dès lors, l'expertise sollicitée par G..., en admettant qu'elle fournit la preuve de l'erreur du D^r C..., serait impuissante à donner celle d'une imprudence commise par lui; qu'il suit de là que la demande principale et la demande subsidiaire doivent être repoussées;

« Sur la demande reconventionnelle;

« Attendu que la demande de G..., loin d'être inspirée par une intention malicieuse, ne constitue que l'exercice d'un droit; qu'il n'est pas justifié, d'ailleurs, qu'elle ait été préjudiciable au défendeur;

« Par ces motifs,

« Déclare G... mal fondé dans ses demandes, principale et subsidiaire, l'en déboute; déboute également C... de sa demande reconventionnelle; condamne G... aux dépens. »

LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ

Deux aliénés parricides. — On télégraphie de Rive-de-Gier au *Temps* (numéro du vendredi 2 octobre 1896):

« Cette nuit, un nommé Joseph Chovet, âgé de vingt-cinq ans, ouvrier mineur, a tué son père, âgé de soixante-quatre ans, à coups de galoches. Le meurtrier, atteint d'aliénation mentale intermittente, avait tué, il y a deux ans, un camarade d'un coup de revolver. Il avait aussi tenté, il y a un mois, d'assassiner son père, qui dut sauter par une fenêtre pour éviter la mort.

« Le parricide aurait dû être interné depuis longtemps. Sa mère est depuis douze ans dans un asile d'aliénés. »

— On télégraphie de Roubaix au *Temps* (numéro du mardi 6 octobre 1896) :

« Ce matin, à six heures, rue Cuvier, au hameau du Blanc-Seau, à Tourcoing, le nommé Auguste Schmits a tué sa mère, âgée de soixante-trois ans, dans un accès de folie. Une marchande de lait, en entrant, comme chaque matin, découvrit le cadavre, gisant dans une mare de sang, la tête à moitié détachée du tronc. L'arme qui a servi au crime, un long couteau de cuisine, était sur la table, la lame ensanglantée.

« Aux cris poussés par la marchande de lait, des voisins accoururent. On monta à l'étage. Auguste Schmits, l'assassin, était couché, couvert de sang, et dormait.

« Déjà il y a cinq ans, il avait voulu tuer sa mère. Après une enquête, il fut enfermé dans un asile d'aliénés; on le crut guéri et il revint à la maison.

« Le malheureux paraissait beaucoup aimer sa mère. Il a été arrêté et conduit au dépôt, sans qu'il ait été possible d'en tirer une parole. »

Il s'agit, dans les deux cas précédents, d'aliénés qui avaient déjà été séquestrés dans des asiles. Ils constituent des exemples vraiment douloureux de la nécessité d'entourer des garanties les plus sérieuses la mise en liberté des aliénés qui ont commis, ou des meurtres, ou des tentatives d'homicide.

Un aliéné en liberté blessé mortellement par une sentinelle. — On mande de Verdun au *Temps* (numéro du 25 octobre 1896) :

« Vendredi matin, vers trois heures, la sentinelle de la porte d'entrée du fort de Belrupt, voyant venir un homme qui cherchait à pénétrer dans le fort, fit les trois sommations réglementaires et, l'inconnu avançant toujours, le factionnaire fit feu et la balle traversa le corps de l'individu de part en part.

« Relevé aussitôt par les hommes de garde, le blessé a été transporté à Verdun, à l'hôpital Saint-Nicolas, où il a été reconnu pour un nommé Irénée Noël, ancien représentant de commerce, disparu de son domicile depuis deux jours.

« Ce malheureux donnait depuis quelque temps des signes d'aliénation mentale. On désespère de le sauver. »

FAITS DIVERS

Un déterreur de cercueils d'enfants. — Nous avons signalé dans notre dernier numéro l'arrestation à Ceilhes (Hérault) du nommé Baptiste Galabrun, accusé d'avoir déterré des cadavres d'enfants.

Transporté à Lodève, ce malheureux, qui avait été soumis à une enquête médicale, a dû être interné dans un asile d'aliénés.

Etat mental des matelots de l'expédition Nansen. — On lit dans le *Temps* (numéro du dimanche 30 août 1896) :

« Les matelots du *Fram* qui ont fait partie de l'expédition Nansen, dans les interviews qu'ils ont eues avec des journalistes norvégiens, insistent vivement sur le plaisir que chacun d'entre eux a éprouvé de voir autour de lui des êtres humains autres que ses compagnons de voyage. Il paraît qu'ils étaient tous, à la longue, tellement fatigués de voir les mêmes physionomies et d'entendre les mêmes voix, que des sentiments d'irritation se firent jour. Parfois, cette irritation devint à tel point intense, que certains d'entre eux ne pouvaient plus supporter la vue de leurs camarades et entreprenaient de longs voyages solitaires à travers les glaces. Rien n'était plus étonnant que de voir ces hommes quitter le navire et s'avancer chacun dans une direction différente en évitant soigneusement ses camarades.

« Pendant les longs mois d'hiver, l'obscurité ininterrompue engendra des souffrances morales presque insupportables. Quand le printemps arriva, on reprit courage ; mais bientôt la clarté continuelle devint aussi désagréable que l'avait été l'obscurité.

« Pendant quatorze mois, on ne vit rien de vivant, pas même un oiseau ni un ours.

« On essayait de toutes sortes d'occupations pour passer le temps. C'est surtout la machine à coudre qui était en faveur. Les habits que les voyageurs portaient en arrivant en Norvège avaient été tous confectionnés par eux-mêmes. »

Une nouvelle jeûneuse. — Le *Courrier des Etats-Unis* annonce que M^{me} Ingham, de Laporte, dans le Michigan, qui a battu depuis longtemps tous les jeûneurs qui se sont exhibés à diverses reprises aux Etats-Unis, a atteint le 203^e jour de son dernier jeûne.

Il faut dire que M^{me} Ingham est sujette à de longs accès de catalepsie pendant lesquels elle ne prend absolument aucune nourriture. On raconte qu'il y a quinze ans, elle resta ainsi 360 jours sans manger. Ce qu'il y a de certain, c'est que l'étrange affection dont M^{me} Ingham est atteinte a, depuis longtemps, éveillé la curiosité de plusieurs sommités médicales des Etats-Unis. Pendant les périodes de jeûnes, M^{me} Ingham a quelques courts intervalles lucides ; mais, même alors, il est impossible de lui faire prendre aucune nourriture. Quand elle était dans un état normal, c'est-à-dire avant son dernier accès, elle pesait 210 livres ; après son 203^e jour de jeûne, elle ne pèse plus que 75 livres.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE IV^e VOLUME DE LA HUITIÈME SÉRIE

PREMIÈRE PARTIE

MÉMOIRES ORIGINAUX OU TRADUITS

I. — Chronique.

PAGES.

Le projet d'Union des médecins aliénistes; par le D ^r Victor Parant.	5
Le Congrès des médecins aliénistes et neurologistes (7 ^e session, à Nancy, août 1896); par le D ^r A. Giraud	177
Union des médecins aliénistes français; par le D ^r Dontrebente. .	337
Statuts de l'Union des aliénistes français.	341

II. — Psychologie.

Quelques recherches psychologiques sur le sens de la vue chez deux enfants opérés de cataracte double congénitale; par Cl. Vurpas et H. Eggi.	14
---	----

III. — Pathologie.

L'aliénation mentale chez les Arabes. Etudes de nosologie comparée; par le D ^r Meilhon 17, 177, 353 et	344
Contribution à l'étude de la « paranoïa inventoria »; par le D ^r Serge Soukhanoff	221
Sur l'amok; par le D ^r Van Brero.	364
Le tremblement gélatineux de la langue chez les aliénés mélancoliques; par le D ^r V. Parant.	372

IV. — Médecine légale.

La médecine légale des aliénés en Italie; par le D ^r P. Moreau (de Tours).	41
Un cas de délire raisonnant de dépossession; par le D ^r E. Régis. .	229

V. — Législation.

De l'internement des aliénés en Angleterre; par le D ^r Rouby . .	377
---	-----

VI. — Établissements d'aliénés.

Note sur la colonie de Graig pour les épileptiques; par le D ^r Frédéric Peterson	51
Les établissements d'aliénés de l'Etat de New-York; par le D ^r A. Cullerre.	240

VII. — Revue critique.

	PAGES.
L'homicide au point de vue de l'anthropologie criminelle; par le Dr René Semelaigne	57
L'« Open Door » et le Congrès de Nancy; par le Dr Marandon de Montyel.	390

DEUXIÈME PARTIE

REVUE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE

I. — Société médico-psychologique.

<i>Séance solennelle du 27 avril 1896.</i> — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Cascella, Darin. — Rapport de la Commission du prix Esquirol : M. Pactet. — Rapport de la Commission du prix Aubanel : M. Arnaud	71
<i>Séance du 1^{er} juin 1896.</i> — Mort de MM. Semal et Duquet : M. Charpentier. — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Paul Garnier, J. Voisin, Taty et Toy, Falret. — Rapport de M. René Semelaigne sur la candidature de M. Darin; élection. — Rapport sur les Leçons sur l'épilepsie et les pseudo-épilepsies de M. Miquel Bombarda : M. Chaslin. — Note sur le rôle de la mémoire dans la folie du doute : M. Paul Sollier. — Souvenirs d'un voyage en Tunisie (1896) : M. Aug. Voisin. — Variétés cliniques du délire de persécution : M. Falret.	90
<i>Séance du 29 juin 1896.</i> — Correspondance et présentation d'ouvrage; M. Serge Soukhanoff. — Déclaration d'une vacance de membre titulaire. — Variétés cliniques de délire de persécution : MM. Falret, Charpentier, Arnaud.	413
<i>Séance du 27 juillet 1896.</i> — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Paul Garnier, Mitivité. — Rapport de M. Roubinovitch sur la candidature de M. Soukhanoff; élection	438

II. — Revue des journaux de médecine.

JOURNAUX ANGLAIS (1893).

(Anal. par le Dr PONS.)

Emploi de l'hypnotisme chez les aliénés.	96
Examen psychologique des prisonniers.	99
Sensations de pression et de pesanteur céphaliques	100
De l'affection nommée paranoïa.	101
Influence de la désinfection intestinale dans quelques formes de folie aiguë.	103
Cas de chorée héréditaire.	104
Altérations du cuir chevelu chez les aliénés.	105
Psychoses consécutives à l'influenza.	108
Enquête sur la variation du type de la paralysie générale	110
Pachyméningite hémorragique.	111
Paralysie générale syphilitique.	112
L'aliénation mentale en Grèce.	114
L'amok des Malais	116
Traitement du myxoedème et du crétinisme	116
Paralysie générale à la période puer.	119

Gnérison d'une manie aiguë consécutive à la rupture du rectum par un lavement	120
Discours présidentiel de l'Association médico-psychologique.	121

JOURNAUX ALLEMANDS (1893).

(Anal. par le Dr AL. ADAM.)

Mécanisme psychique des phénomènes hystériques.	123
De la duboisine.	125
Lésion unilatérale de la moelle épinière avec participation du trigu- mean du côté de la lésion.	125
Influence de la suspension sur les troubles visuels dans les affec- tions de la moelle épinière.	126
Nouveau traitement de l'épilepsie.	128
Localisation du centre du goût chez le lapin	129
Polyurie chez une aliénée.	129
Changements de rapidité des phénomènes psychiques aux divers moments de la journée.	130
Un cas d'alexie.	131
Altérations anatomo-pathologiques dans un cas de paralysie faciale d'origine non spécifique	132
Appareil pour mesurer la force des jambes	134
Coloration osmio-ferro-hématoxylique	135
Paralysie spéciale syphilitique d'Erb.	136
Déformation de la voûte palatine comme symptôme de dégénéres- cence.	138
Absence de sensation de fatigue chez un tabétique.	139
Hémichorée sénile.	140
Suspension dans quelques affections de la moelle.	141
Abus de la théorie des localisations en psychiatrie et en anthropo- logie.	142
Symptôme qui accompagne souvent l'incontinence naturelle d'urine chez les enfants.	144
Sensations subjectives d'ordre visuel et auditif.	144
Infiltration du nerf optique.	145

JOURNAUX FRANÇAIS (1893)

(Anal. par le Dr CAMUSSET.)

Vertige des ataxiques.	255
Maladie des tics.	256
La foi qui guérit.	257
Diagnostic entre la sclérose latérale amyotrophique et l'amyotro- phie hystérique.	259
Cas de myopathie primitive progressive.	260
Idiotie congénitale; atrophie cérébrale; tics nombreux.	261
Trois cas de monoplégie brachiale hystérique	262
Cas de scoliose dans une myopathie primitive atrophique.	262
Cas singulier d'hystérie mâle.	263
Définitions récentes de l'hystérie	263
Paralysie agitante et hystérie.	264
Etude comparative des paralysies motrices organiques et hysté- riques.	265
Etude des tumeurs névrogliques de la moelle épinière	265
Action sédative de la duboisine à doses continues chez les aliénés.	267
Pseudo-sclérose en plaques d'origine palustre	267

	PAGES
Cas de gliome neuro-formatif	267
Notice sur l'asile d'aliénés de la Roche-sur-Yon	268
Lésion systématisée du cercelet et ses dépendances bulbo-prothé- bérantielles	268
Perversions sexuelles à forme obsédante	268
Infirmités du génie	269
Suicide de Tom Clibooth	269
De l'expérimentation dans l'étude de l'hypnotisme	270
Conditions pathogéniques de la paralysie générale	271
Extériorisation de la sensibilité	271
Périodicité dans certaines formes de troubles de l'innervation céré- belleuse	272
Neurasthénies d'origine toxique	273
Passions persistantes dans la démence	273
Automatisme morbide des éléments nerveux	274
Statistique des malades traités dans la clinique hypnothérapique de la Charité	274
Obnubilation des facultés mentales et sensorielles produites par un traumatisme insolite	274
Folies sympathiques consécutives aux opérations gynécologiques	275
Pratiques thérapeutiques anciennes pour le traitement de la folie et des maladies nerveuses	275
Visibilité directe des effluves cérébraux	276
Métalloscopie à l'aide d'un sujet hypnotisé	276
L'onychophagie	277
Crises de rétention d'urine guéries à l'aide d'un transfert suggestif	278
Du dermatographe	278
Un danseur monomane	279
Tabes dorsalis et arthritisme	280
Nutrition dans l'hystérie	280
Bégaiement hystérique chez les dégénérés	280
Amyotrophies spinales réflexes d'origine abarticulaire	281
Paraplégie incomplète des membres inférieurs	282
Arthropathies syringomyéliques	282
Bromure de camphre dans le traitement de l'épilepsie vertigineuses	283
Troubles oculaires dans la paralysie générale	283
Paralysie labio-glosso-laryngée progressive dans le tabes	285
Traitement chirurgical et médico-pédagogique des enfants idiots et arriérés	286
Chorée chronique infantile et athrétose double	286
Arthritisme et diathèse nerveux	287
Cas de pseudo-paralysie syphilitique des nouveau-nés envahissant les quatre membres et rapidement guérie	287
Idiotie et épilepsie symptomatiques d'une anomalie cérébrale	288
Trente cas d'épilepsie traités par les injections sous-cutanées de liquide testiculaire	288
Nature et traitement du goitre exophtalmique	289
Localisation corticale des mouvements de la face	289
Incontinence nocturne d'urine de cause psychique	290
Angine de poitrine symptomatique d'une affection organique du cœur et de l'artério-sclérose	291
Auto-intoxication dans les maladies mentales	292
Névrose traumatique	294
Le chauffage des bains dans les services d'aliénés et le chauffe-bain Félix Tourel	296
Cas de perversion des sens gésésiques	297
Responsabilité des épileptiques	298
Affaire Valrof	298
Responsabilité de la famille dans un meurtre commis par un aliéné	300

	PAGES
Fausse paraplégie et troubles musculaires d'origine hystérique chez les jeunes garçons	440
Affections spasmo-paralytiques infantiles	441
Diagnostic d'une tumeur du corps restiforme	442
Cas de tétanie par névrite poplitée externe	443
Cas de poliomyélite antérieure chronique	443
Signification de la sclérose descendante dans le cordon postérieur et relations qu'elle affecte avec le centre ovale de Flechsig	444
Accidents hystériques épileptiformes survenus à la suite de morsures faites par un chien non enragé et guéris par un simulacre de traitement pastorien	444
Cas d'abcès du cerveau	445
Polynévrite périphérique d'origine palustre ; monoplégie persistante du membre supérieur droit	446
Dermographisme électrique dans le goitre exophtalmique	447
Etat mental des dégénérés	447
Troubles auditifs du tabes	447
Des borborygmes hystériques	448
De l'épilepsie thalamique	449
Emmagasinement de certaines activités cérébrales dans une couronne aimantée	450
Hématorachis traumatique	450
Traitement des névralgies pelviennes par l'électricité	450
Insomnie traitée par la suggestion à l'état de veille	451
Reviscences de la sensibilité du membre amputé chez un sujet en état hypnotique	451
Expériences montrant que la méningo-encéphalite de la convexité du cerveau détermine des symptômes différents suivant les points de cette région qui sont atteints	452
Paralysie de la vessie guérie par suggestion à l'état de veille	452
Lésions atrophiques cérébrales dans trois cas de pieds-bots datant de l'enfance	452
Contribution à l'étude de la syphilis du système nerveux	453
Idiotie et imbecillité au point de vue nosographique	454
Mésonévrite nodulense	455
Type d'héréditaire dégénéré	456
Note sur un aliéné homicide	456
Que faut-il penser de la télépathie ?	457
Sarcome primitif des ventricles du cerveau	458
Cas d'hallucinations motrices verbales chez un paralytique général	458
Barbe Buvée, en religion sœur Sainte-Colombe, et la prétendue possession des Ursulines d'Auxonne (1658-1663)	459
Paralysie générale à forme de tabes au début chez un syphilitique	460
Folie urémique consécutive à un rétrécissement traumatique de l'urètre	461
Lésions histologiques de la paralysie générale étudiées d'après la méthode de Golgi	462
Neurasthénie palustre	463
Étude expérimentale des manifestations nerveuses de l'arsénisme chronique	463
Méthode graphique permettant d'enregistrer tous les tremblements, en particulier le tremblement de la langue et des muscles des lèvres	463
Amnésie rétro-antérograde à type continu et progressif par choc moral	464
Des délires systématisés dans les diverses psychoses	464
Hystérie. Confusion mentale et amnésie ancienne. Anesthésie généralisée. Expérience de Strumpell	466

	PAGES
Etude de l'urine dans la paralysie générale.	467
Paralysie faciale périphérique précoce dans la période secondaire de la syphilis	468
Crises gastriques du tabes. Urologie et chimisme stomacal	468
Confusion mentale primitive.	468
Maladie de Morton.	470
Paralysies laryngées dans la fièvre typhoïde.	471
Observations de mensonges ou prétendus mensonges des hystériques	472
Folie par commotion cérébrale et ses rapports avec la législation militaire.	473
Rapport médico-légal sur l'affaire More; tentative de meurtre.	474
Conformation des organes génitaux chez les idiots et les imbéciles	475
Quelques mots sur deux cas de tératologie.	476
Outrage public à la pudeur.	476
Troubles fonctionnels consécutifs aux traumatismes simulés ou exagérés	477

III. — Bibliographie.

Les phénomènes de contraste en psychologie; par le Dr Sante de Sanctis (Anal. par J. Soury).	146
Psychiatrie à l'usage des médecins et des étudiants; par le professeur Th. Ziehen. — Manuel de psychologie physiologique en 15 leçons; par le même (Anal. par J. Soury).	801
Revue annuelle de psychologie physiologique; par J. Soury (Anal. par le Dr L. Camuset).	804
Animisme et spiritisme; par Al. Aksakof (Anal. par le Dr Ph. Chaslin).	808
Manuel de sémiologie des maladies mentales. Tome II. Examen psychologique des aliénés; par le Dr Enrico Morselli (Anal. par le Dr Ph. Chaslin).	812
Des dégénérescences rétrogrades dans les nerfs périphériques et les centres nerveux; par les Drs Klippel et Durante (Anal. par le Dr Ph. Chaslin).	814
Etude anthropométrique sur les prostituées et les voleuses; par Pauline Tarnowsky (Anal. par le Dr L. Camuset).	816
Contribution à l'étude anatomique et clinique de l'acromégalie et en particulier d'une forme amyotrophique de cette maladie; par le Dr Duchesneau (Anal. par le Dr L. Camuset).	819
Des méningites microbiennes; par le Dr Adénot (Anal. par le Dr L. Camuset).	821
Un cas de paragnosie dyslogique et de paralexie dans la paralysie générale; par le Dr Van Brero (Anal. par le Dr Ph. Chaslin).	822
Stupor circulaire avec chorée chez un enfant; par le Dr Van Brero (Anal. par le Dr Ph. Chaslin).	823
Sur le « latah »; par le Dr Van Brero (Anal. par le Dr Ph. Chaslin).	823
Un mot sur les symptômes de début de la paralysie générale; par le Dr Van Brero (Anal. par le Dr Ph. Chaslin).	823
Les rêves et le sommeil dans l'hystérie et dans l'épilepsie; par le Dr Sante de Sanctis (Anal. par le Dr Ph. Chaslin).	824
La névrose traumatique; par le Dr Ch. Vibert (Anal. par le Dr L. Camuset).	479
Physiologie mentale principalement dans ses rapports avec les troubles psychiques; par le Dr T. B. Hyslop (Anal. par le Dr A. Cullerre).	481

	PAGES
Les troubles de la marche dans les maladies nerveuses; par le Dr Paul Blocq (Anal. par le Dr L. Camuset).	482
Note anticipée sur trois cas de trépanation du crâne; par le Dr Oscar Giacchi (Anal. par le Dr Nicoulan).	484
Les sillons endocraniens de l'artère méningée moyenne chez cent valides et deux cents malades d'esprit; par le Dr J. Peli (Anal. par le Dr Nicoulan).	485
Contribution à l'étude du chimisme gastrique chez les pellagres; par le Dr César Agostini (Anal. par le Dr Nicoulan).	486
Aspect ophthalmoscopique du fond de l'œil dans le delirium tremens; par A. Edward Davis (Anal. par le Dr A. Cullerre).	488
Accommodation dans l'œil privé de cristallin, à quoi est-elle due? par le Dr S. Edward Davis (Anal. par le Dr A. Cullerre).	488
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.	147, 324 et 489
ASSOCIATION MUTUELLE DES MÉDECINS ALIÉNISTES DE FRANCE : Assemblée générale du lundi 27 avril 1896.	149

IV. — Variétés.

Nominations et promotions : MM. Journiac, Charuel, Leroy, Barnk, Levet, Santenaise, Rémond. — Nécrologie : M. Semal. — Concours d'admissibilité aux emplois de médecin adjoint des asiles publics d'aliénés. — Œuvre de patronage pour les aliénés indigents des asiles publics de la Seine. — La lutte contre l'alcoolisme. — Les apparitions de Tilly-sur-Seulles. — La kleptomanie à Londres. — Les aliénés en liberté. — Faits divers. — Les congrès de 1896 : Congrès des aliénistes et neurologistes à Nancy, Congrès international de psychologie à Munich, Congrès international d'anthropologie criminelle à Genève. — Prix de la Société médico-psychologique (1897).	154
Nominations et promotions : MM. Barhé-Guillard, Manpat*, S. Garnier, Kéraval, Adam, Bellat, Viallon. — Congrès international de médecine de Moscou. Section des maladies nerveuses et mentales. — Tribunaux. — Faits divers.	332
Nominations et promotions : MM. Pécharman, Chocreaux, Charuel, Hamel, Nolé. — La lutte contre l'alcoolisme. — Les méfaits de l'alcool. — Les apparitions de Tilly-sur-Seulles. — Tribunaux. — Les aliénés en liberté. — Faits divers.	492
Table des matières du tome IV de la 8 ^e série.	506

Le Rédacteur en chef-Gérant : ANT. RITTI.